WIEDZA LEKARSKA

MIESIĘCZNIK POŚWIĘCONY POTRZEBOM LEKARZA PRAKTYKA I PRZEGLĄDOWI FRANCUSKIEGO PIŚMIENNICTWA LEKARSKIEGO

REVUE MENSUELLE CONSACRÉE À LA LITTÉRATURE MEDICALE FRANÇAISE ET AUX BESOINS DU PRATICIEN

POD REDAKCJĄ DOC. DR E. REICHER

WARSZAWA 1937
NUMER 3
MARZEC

ROK WYD. XI

WIEDZA LEKARSKA

MIESIĘCZNIK, POŚWIĘCONY POTRZEBOM LEKARZA PRAKTYKA I PRZEGLĄDOWI FRANCUSKIEGO PIŚMIENNICTWA LEKARSKIEGO
REVUE MENSUELLE CONSACRÉE À LA LITTÉRATURE MÉDICALE FRANÇAISE ET AUX BESOINS DU PRATICIEN
POD REDAKCJĄ DOC. DR MED. E. REICHER.

ROK XI WARSZAWA MARZEC 1937 R. NUMER III

PRACE ORYGINALNE

POSTĘPY W BADANIU I LECZENIU PROMIENIAMI X.

PODAŁ DR J. ZABOKRZYCKI.

Nieustanny rozwój radiologii, tak pod względem technicznym jak rozpoznawczym i leczniczym, czyni koniecznym nie tylko stałe dokształcanie się lekarzy pracujących w tej dziedzinie, lecz wymaga również dokładnego zaznajamiania się z postępami wiedzy radiologicznej lekarzy klinicystów, gdyż tylko w ten sposób wytworzyć się może odpowiednia współpraca, umożliwiająca wykorzystanie zdobyczy lat ostatnich.

Radiologia wymaga, podobnie jak każda inna gałęź wiedzy lekarskiej, bardzo dokładnego opanowania dwóch dziedzin. Pierwszą z nich jest szczegółowa znajomość fizykalnego działania promieni X i ich stosowania, techniki badań i umiejętnego wykorzystania rozporządzalnej aparatury, drugą zaś jest dziedzina lekarska wymagająca nie tylko ścisłej współpracy z klinicystą, lecz również sumiennego wykształcenia i zdolności spostrzegania klinicznego. Radiolog musi być również lekarzem. Wprawdzie w wielu wypadkach wynik badania radiologicznego jest rozpoznawczo pewny, ponieważ pozwala na podstawie samego badania rozpoznać pewien obraz chorobowy, jednak zaleta ta kryje w sobie duże niebezpieczeństwo, gdyż łatwo doprowadzić może radiologa do zlekceważenia wyników badań klinicznych, mających nieraz większe znaczenie rozpoznawcze od wyników badania radiologicznego.

Zadanie lekarza radiologa staje się w ostatnich czasach coraz trudniejsze; wymaga ono bowiem także zapoznania się z innymi działami wiedzy lekarskiej, z którą współpracuje, umożliwiającego mu zrozumienie życzeń specjalistów z poszczególnych działów oraz wspólne spostrzeganie obrazów chorobowych. Trudności w opanowaniu tak rozległych dziedzin wiedzy lekarskiej doprowadziły do specjalizacji lekarzy radiologów w poszczególnych działach i specjalizacja ta coraz bardziej się rozwija. Naturalnie możliwa ona jest jedynie w dużych ośrodkach (klin. uniwersyt., duże szpitale), w ośrodkach mniejszych lekarz radiolog nie może uprawiać specjalizacji, lecz musi obejmować, chociaż w stopniu mniejszym, całokształt radiologii.

Minęły już bezpowrotnie czasy, kiedy uważano, że do wykonywania pracy radiologicznej wystarczy kilkumiesięczne albo nawet kilkutygodniowe zaznajomienie się z techniką badań radiologicznych, lecz zrozumiano wreszcie, że podobnie jak w innych działach medycyny potrzeba kilku lat wytężonej pracy dla wykształcenia lekarza radiologa.

Praca najbardziej jednak wykwalifikowanego radiologa w wielu wypadkach minie się z celem, jakim jest przede wszystkim dobro chorego, o ile nie napotka na zrozumienie u lekarza klinicysty, mającego w swych rękach całokształt badań klini-

cznych. Lekarz klinicysta winien dostarczyć radiologowi wyniki swoich spostrzeżeń klinicznych, uwzględniając nawet ewentualne niepewności rozpoznawcze. W wielu wypadkach wynik badania radiologicznego może być ujemny lub stać w sprzeczności z obrazem klinicznym, w przypadkach tych tak radiolog, jak i klinicysta nie powinni zapominać, że badanie radiologiczne jest tylko jedną z wielu metod badania klinicznego, nieraz niepewną i zawodną, podobnie jak każda inna metoda kliniczna.

W dziale techniki rozpoznawczej w ostatnich latach na plan pierwszy wysuwają się prace nad badaniem:

I. części miękkich:

1. badania radiologiczne sutka — mammografia,
2. badania radiologiczne powięzi — fasciografia,

II. stawów — artrografia,

III. naczyń krwionośnych — arteriografia, venografia, a w szczególności arteriografia mózgowa,

IV. płaszczyzn — tomografia,

V. ruchów narządów ciała — kimografia

VI. zastosowania kinematografii — kinemoradiografia,

VII. owodni — amniografia,

VIII. dalsze prace w zakresie komór mózgowych i kanału rdzeniowego: encephalografia, ventriculografia i myelografia.

Przeważna większość tych metod badania nie jest wprawdzie dostępną dla ogólnego stosowania, ponieważ wymaga bądźto specjalnej aparatury, bądźto specjalnego wykształcenia, znajomość ich jednakże jest konieczną dla poznania możliwości radiologii.

Omówię obecnie pokrótce wymienione metody, podając sposób ich stosowania, możliwości rozpoznawcze oraz przeciwwskazania.

I. BADANIE RADIOLOGICZNE CZĘŚCI MIĘKKICH.

1. Badanie sutka — mammografia. Technika badania radiologicznego sutka wymaga z powodu małych różnic cieniowych między tkanką gruczołową, dookoła - gruczołową i tkanką nowotworową bardzo subtelnej metodyki. Na zdjęciach radiologicznych muszą być widoczne cztery dobrze od siebie odgraniczone przestrzenie:

a. strefa skóry z brodawką,

b. tkanka gruczołowa o rozmaitej grubości,

c. właściwa tkanka gruczołowa w kształcie piramidy,

d. wąska jasna smuga przed mięśniami piersiowymi.

Poza tym winny być widoczne cienie mm. piersiowych oraz sploty naczyniowe jamy pachowej.

Przy torbielowatym zapaleniu sutka (mastitis cystica) widoczne są na radiogramach mniej lub więcej silnie wysycone cienie torbieli oraz cienie zgrubiałych i zagęszczonych kanałów mlecznych.

Guzy dobrotliwe dają zasadniczo cień silnie wysycony, jednolity, ostro ograniczony.

Guzy złośliwe w zależności od ich rozprzestrzenia dają rozmaite obrazy.

Guzy małe dają cień słabo wysycony z nieostrym ograniczeniem. Z powodu ich niszczącego rozrostu widoczne są wypustki o kształcie pasmowatym.

W przypadkach daleko posuniętych, w guzach dużych — przestrzeń czwarta, odpowiadająca jednej smudze pozasutkowej, jest zacieniona w całości lub wykazuje ubytki cieniowe, naciek może obejmować mięsień piersiowy a nawet czasami stają się widoczne przerzuty gruczołowe.

Jednak nawet przy najlepszej technice i bardzo dobrym odczytywaniu radiogramów nie można we wszystkich przypadkach zróżnicować z zupełną pewnością, czy mamy do czynienia z torbielowatym zapaleniem sutka, czy nowotworem. Nie można też dlatego zaniechać badania mikroskopowego, a opierać się jedynie na badaniu radiologicznym. *Badanie radiologiczne, potwierdzone mikroskopowo, daje nam możność dokładnego stwierdzenia zasięgu nowotworowego, co ma duże znaczenie dla ewentualnego zabiegu leczniczego.*

2. Badanie powięzi — fasciografia. Badanie to wykonuje się przez wstrzyknięcie powietrza w tkankę podskórną.

Na radiogramach widzimy pięć przestrzeni:

a. skórę właściwą,

b. silnie wysycony linijny cień, odpowiadający granicy między skórą właściwą a

c. tkanką siateczkową podskórną,

d. cień powięzi,

e. cień mięśni.

Przy pomocy tej metody możemy prze-

prowadzać badania obrzęków, wylewów krwawych, spraw zapalnych naciekowych, guzów części miękkich oraz schorzeń mięśniowych.

Jest to jedna z najnowszych metod badania radiologicznego, w której dopiero piewrsze wyniki są znane. Wydaje się, że metoda ta w przyszłości może mieć duże znaczenie rozpoznawcze.

II. BADANIE STAWÓW — ARTROGRAFIA.

Największe znaczenie posiada ona w badaniu stawu kolan. Chociaż uszkodzenia łąkotek są przeważnie klinicznie łatwe do rozpoznania, to jednak rodzaj i miejsce uszkodzenia daje się z całą ścisłością ustalić jedynie przy pomocy badania radiologicznego. Metoda artrografii oddawna znana, zarzucona przez dłuższy czas, ostatnio bardzo się rozwinęła dzięki postępom techniki radiologicznej.

Przedstawienie łąkotek bez pomocy środków kontrastujących jest możliwe tylko w rzadkich przypadkach u starszych osobników lub w razie obecności złogów wapniowych w następstwie dawno przebytych urazów. We wszystkich innych przypadkach musimy użyć środków kontrastujących, przyczym jeżeli użyjemy w tym celu powietrza otrzymamy dodatni obraz łąkotek, a o ile użyjemy płynów kontrastujących obraz łąkotek będzie ujemny.

Artrografia powietrzna jest przeciwwskazana w przypadkach zerwania torebki stawowej i przypadkach wysiękowych. W przypadkach przerwania naczyń krwionośnych istnieje niebezpieczeństwo powstania zatorów powietrznych.

Do wykonania artrografii używa się obecnie powietrza, wprowadzonego za pomocą strzykawki, zaopatrzonej w filter z waty. Przy wprowadzaniu płynów kontrastujących najlepsze wyniki dają środki kontrastowe jak Tenebryl, .Abrodil, Uroselectan, Lipiodol, Jodipin. Płyn należy wprowadzać cienką igłą, którą się po wykonaniu wstrzyknięcia pozostawia w jamie stawu, celem opróżnienia jej z płynu kontrastującego po dokonaniu zdjęć radiologicznych. Pozostawienie płynu kontrastującego w jamie staw. wywołuje często ogólne lub miejscowe podrażnienie. Po wykonaniu wstrzyknięcia zakłada się lekki opatrunek uciskowy oraz dokonuje się zdjęć radiologicznych. Największą wartość rozpoznawczą posiada zdjęcie strzałkowe przy wyprostowanym kolanie.

Przy odpowiedniej technice możemy przy pomocy artrografii *rozpoznać oderwania łąkotek i ich zwichnięcia.* Pęknięcie łąkotki widoczne jest jedynie w razie przemieszczenia odłamków. Zgniecenie łąkotki daje się bardzo trudno uwidocznić. Brak cienia łąkotki w artrogramie może być wywołany brakiem wrodzonym lub jej zanikiem w wieku późniejszym.

II. BADANIE NACZYŃ KRWIONOŚNYCH — ARTERIOGRAFIA, VENOGRAFIA.

1. Arteriografia kończyn. Technika badania: Pod ciśnieniem około 1000 g wprowadzamy drogą wstrzyknięcia do odpowiedniej tętnicy środek kontrastujący (najmniej niebezpiecznym okazał się Thorotrast, lecz i ten środek musi być podawany z dużą ostrożnością ze względu na możliwe komplikacje); w czasie wykonywania wstrzyknięcia dokonujemy zdjęć radiologicznych.

Na radiogramach otrzymujemy bądźto obraz prawidłowego przebiegu naczyń, bądźto obrazy charakterystyczne dla zmian naczyniowych na tle miażdżycowym, choroby Bürgera, zapalenia tętnic (cukrzycowego, poodmrożeniowego, specyficznego), twardziny (sklerodermia) skóry przy chorobie Raynauda, zespołu Volkmana. Poza tym możemy przy pomocy arteriografii rozpoznawać i umiejscawiać zatory, czopy, wrzekome zatory, zwężenia i rozszerzenia naczyń (tętniaki).

Wyniki rozpoznawcze nie równoważą jednak w metodzie tej niebezpieczeństw, które może ona przedstawiać dla chorego. *Znane są bowiem przypadki powstawania po niej świeżych zmian zapalnych z następowym zaczopowaniem naczyń krwionośnych i zgorzelą, a nawet ze śmiertelnym zejściem, wskutek czego badanie to obecnie jest bardzo rzadko stosowane.*

2. Venografia. Technika podobna jak przy arteriografii. Badanie pomaga przy stwierdzaniu zaburzeń w odpływie krwi żylnej oraz pozwala na umiejscowienie i określenie rozmiarów procesu upośledzającego odpływ.

Przeciwwskazaniami są nadwrażliwość osobnicza na pochodne jodu oraz ostre za-

krzepowe zapalenie żył (trombophlebitis acuta).

3. **Arteriografia mózgowa.** Ostatnio ukazały się liczne prace z zakresu arteriografii naczyń mózgowych. Do wstrzyknięcia używa się jedynie kolloidalnego roztworu Thorotrastu, który wprowadzamy w ilości 4 — 6 cm przez nakłucie tętnicy dogłowowej wewnętrznej. Następnie w bardzo krótkich odstępach czasu sporządzamy zdjęcia radiologiczne. Przeważnie wykonuje się cztery zdjęcia a mianowicie: jedno boczne prawe, jedno boczne lewe oraz po jednym zdjęciu przednio - tylnym, po czym porówuje się zdjęcia chorej połowy ze zdjęciami zdrowej połowy. U człowieka zdrowego uwidoczni się po nakłuciu jednej tętnicy dogłowowej jedynie odpowiednia strona układu naczyniowego.

Przy pomocy arteriografii mózgowej możemy rozpoznawać:

1. miażdżycę naczyń mózgowych znacznego stopnia,

2. zmiany kiłowe naczyń mózgowych,

3. tętniaki,

4. cierpienia mózgowe, powodujące zmiany w napięciu naczyniowym oraz w ciśnieniu wśródczaszkowym.

Poza tym przypisuje się arteriografii duże znaczenie w rozpoznawaniu guzów mózgowych, opierając się na zmienionym przebiegu naczyń mózgowych, ich przemieszczeniu oraz braku wypełnienia.

Metodę tę łączy się obecnie z wypełnieniem komór mózgowych powietrzem; wykonywując t. zw. encephaloarteriografię, uzyskuje się jeszcze dokładniejsze wyniki rozpoznawcze.

IV. BADANIE PŁASZCZYZNOWE — TOMOGRAFIA.

Jedną z największych zdobyczy radiologicznych ostatnich czasów jest wynalezienie i opracowanie metodyki badania płaszczyznowego, które pozwala nam na otrzymywanie radiogramów z dowolnej głębokości ciała ludzkiego. Szczególnie duże zastosowanie znajduje ono w diagnostyce płucnej i neurologicznej.

Zasada badania płaszczyznowego opiera się na spostrzeżeniu, że o ile w czasie dokonywania zdjęcia radiologicznego wprowadzimy lampę radiologiczną oraz błonę w ruch wachadłowy, to w zależności od kąta wychylenia otrzymamy obraz płaszczyzny, położony w pewnej głębokości, wszystko zaś co się znajduje przed albo poza tą płaszczyzną ulega załamaniu. Zmieniając kąt wychylenia otrzymujemy rozmaite płaszczyzny i w ten sposób możemy przedmiot podlegający badaniu np. płuca podzielić na dowolną ilość wycinków.

Przy pomocy tego badania możemy w diagnostyce płucnej wykazać:

1. jamy, niewidoczne na prawidłowych radiogramach płucnych,

2. guzy głęboko ukryte w tkance płucnej,

3. rozległe zrosty, zacieniające obraz tkanki płucnej przy badaniu płuc,

4. zmiany miąższowe tkanki w okresach niewidocznych na prawidłowych radiogramach.

Duże znaczenie posiada to badanie również przy badaniach stosunków anatomicznych płuc i serca oraz stosunków naczyniowo - oskrzelowych.

W badaniach mózgowych otrzymywanie przekrojów w dowolnej głębokości jamy czaszkowej, szczególnie przy wypełnieniu komór mózgowych powietrzem, otwiera również duże, nowe możliwości rozpoznawcze.

V. BADANIE RUCHÓW NARZĄDÓW CIAŁA — KIMOGRAFIA.

Przepuszczając pęk promieni radiologicznych przez wąską szczelinę na poruszającą się pod kątem prostym błonę radiologiczną, otrzymujemy przy badaniu narządów będących w ruchu, zdjęcia rozmaitych faz tego ruchu, które układają się w falistą krzywą, pozwalającą odtworzyć nam amplitudę ruchową danego narządu. Cień pewnego narządu zostaje w ten sposób rozdzielony na poziome krzywe, na których równocześnie zdejmowane są kimogramy, ustawione pionowo obok siebie.

Największe znaczenie osiągnęła kimografia w badaniu rozpoznawczym serca i dużych naczyń. Rozróżnianie poszczególnych odcinków serca (komory, przedsionki oraz tętnice) na podstawie charakterystycznych dla nich krzywych tętnienia pozwala na określenie ich kształtu, wielkości oraz położenia i na tej podstawie na wysnuwanie wniosków rozpoznawczych. Zmiany jednak ruchowe, wielkościowe i kształtu możemy spostrzegać jedynie jako całość, nie jako poszczególne odcinki, co pro-

wadzi do trudności w odczytywaniu kimogramów, w szczególności przy patologicznych postaciach tętnienia. W tym kierunku prowadzone są obecnie dalsze badania i doświadczenia.

W życiu praktycznym możemy za pomocą kimografii określać:

1) *wielkość serca i tętnicy głównej w rozmaitych okresach czynnościowych, jak w skurczu, rozkurczu oraz przy próbie Valsalvy,*

2) *umiejscawiać tętniące ciała obce,*

3) *odgraniczyć poszczególne cienie wśródpiersia,*

4) *rozpoznawać wady serca wrodzone i nabyte,*

5) *schorzenia osierdzia,*

6) *następstwa zawałów serca.*

Kimografia oddechowa daje nam przegląd czynności poszczególnych narządów, przy akcie oddechowym (przepona, żebra, płaty płucne). Możemy przy jej pomocy odkrywać niewidoczne w zwykłych warunkach zrosty opłucnowe, co ma szczególne znaczenie dla zabiegów jak odma, torakoplastyka, wyrwanie nerwu przeponowego.

VI. KINEMATOGRAFIA — KINEMORADIOGRAFIA.

Zagadnienie utrwalenia na taśmie filmowej obrazów radiologicznych narządów, będących w ruchu, od dłuższego czasu zajmowało badaczy. Dopiero jednak w ostatnich latach z chwilą wprowadzenia wybitnie czułych błon radiologicznych, odpowiednich ekranów świetlnych oraz odpowiedniego materiału kinematograficznego udało się to zagadnienie częściowo rozwiązać i uzyskać znaczniejszy postęp w tych badaniach.

Opracowano dwie metody badania kinemoradiologicznego:

1. bezpośrednią, w której dokonujemy zdjęć odpowiedniego narządu na błonach radiologicznych przeważnie o wymiarze 13 × 18 cm,

2. pośrednią, w której fotografujemy obraz widoczny na ekranie świetlnym radiologicznym. Używa się w tym celu soczewki o bardzo krótkiej ogniskowej i wykonuje się zdjęcia z odległości 1.60 m na taśmie filmowej szerokości 16 mm. Czas naświetlania wynosi 1/14 sek., tak że w ciągu sekundy otrzymujemy 7 obrazów, a dla uzyskania odpowiedniego filmu potrzeba zwykle około ½ do 1½ m taśmy.

Jedna i druga metoda ma swoje wady i zalety. Przy bezpośredniej otrzymujemy obrazy wielkości prawidłowej i o wiele ostrzejsze, nie ustępujące zupełnie zwyczajnym zdjęciom radiologicznym, wymaga ona jednak naświetlania chorego dużą dawką promieni X. Przy najbardziej udoskonalonej metodyce otrzymuje chory w czasie sporządzania filmu dawkę promieni X w wysokości około 38 r. Dlatego o wiele bezpieczniejszą jest metoda pośrednia, ponieważ przy niej ilość użytych promieni wynosi kilka r. Obrazy jednak otrzymywane są bardzo małe i o wiele mniej kontrastowe od otrzymywanych drogą bezpośrednią.

Kinemoradiografia ma największe znaczenie przy badaniu ruchów stawowych, czynności serca, działalności płuc, przy śledzeniu aktu połykania oraz czynności przewodu pokarmowego.

VI. BADANIE OWODNI — AMNIOGRAFIA.

Łożysko przodujące budziło oddawna troskę lekarzy i dlatego starano się od wielu już lat przy pomocy bad. pomocniczych określać jego położenie, stanowiące zawsze niebezpieczeństwo dla matki i dziecka. Próbowano w tym celu wprowadzać przez powłoki brzuszne do owodni środki kontrastujące, aby uwidocznić w ten sposób worek owodniowy. Próby te chybiały celu z powodu braku odpowiedniego, nieszkodliwego środka kontrastującego.

W najnowszych czasach udało się to zagadnienie pomyślnie rozwiązać. Jako środka kontrastującego używa się obecnie Tenebrylu lub Selectanu B, który wprowadza się jak już wspomniałem drogą nakłucia przez powłoki brzuszne do worka owodnicowego, poczym wykonuje się radiogramy w kilku pozycjach. Łożysko powoduje ubytek w cieniu worka owodnicowego.

Amniografię wykonywać można jedynie u kobiet z zupełnie zdrowymi nerkami. Uroselectan pobudza pozatym występowanie bólów porodowych a przy prawidłowej ilości wód płodowych, poród odbywa się w ciągu 24 — 48 godzin.

Szczególne znaczenie rozpoznawcze posiada amniografia w przypadkach, w któ-

rych należy rozstrzygnąć, czy potrzebny jest zabieg operacyjny dla dokonania porodu.

VII. BADANIE KOMÓR MÓZGOWYCH I KANAŁU RDZENIOWEGO.

Duże rozpowszechnienie uzyskało w ostatnich czasach, znane już oddawna, radiologiczne badanie komór mózgowych, drogą wprowadzania powietrza bądźto podoponowo — encephalografia, bądźto drogą zabiegu bezpośrednio do komór mózgowych — ventriculografia. Jedna i druga metoda nie przedstawia większych trudności technicznych; dzięki rozlicznym udoskonaleniom niebezpieczeństwo dla chorego zostało sprowadzone do minimum, a dla radiologii powstały bardzo duże możliwości rozpoznawcze. Jeżeli chodzi o wartość rozpoznawczą, to bezwzględnie góruje nad encephalografią ventriculografia, stosowanie jej jednak jest możliwe jedynie tam, gdzie posiadamy możliwość wykonania natychmiastowego zabiegu. *Dość często występują bowiem objawy obrzęku mózgowego, który o ile nie zostanie szybko wykonany zabieg odbarczający, może mieć fatalne skutki dla chorego.*

Encephalografia, prawidłowo technicznie wykonana, przy odpowiednim wskazaniu, jest zabiegiem lżejszym i bezpieczniejszym, jednak jej możliwości rozpoznawcze ograniczone są jedynie do pozytywnych encephalogramów. W wypadkach niewypełnienia komór mózgowych, sporządzane encephalogramy nie posiadają większej wartości rozpoznawczej. Tak przy ventriculografii, jak i przy encefalografii, koniecznym jest wykonanie większej ilości zdjęć radiologicznych, co czyni obie te metody zabiegami kosztownymi.

Dla uwidocznienia części komór mózgowych a zwłaszcza komory III-ciej i IV-tej wprowadzono ostatnio metodę badania polegającą na wprowadzaniu podpotylicznym ciężkich olejów kontrastujących w rodzaju Lipiodolu, Jodipin. Po wprowadzeniu kilku kropli oleju kontrastującego, przez odpowiednie układanie chorego względnie jego głowy otrzymujemy przesuwanie się tych kropli przez poszczególne odcinki komór mózgowych. Śledzimy to przesuwanie przy pomocy ekranu a w odpowiednich momentach wykonujemy zdjęcia radiologiczne, które pozwalają nam utrwalić najbardziej rozpoznawczo wartościowe szczegóły.

Do badania drożności kanału rdzeniowego w przypadkach ucisku przez guz, w przypadkach przewężenia w sprawach zapalnych i pozapalnych wykonuje się myelografię, polegającą na wprowadzeniu olejów kontrastujących, wstępujących lub zstępujących do kanału rdzeniowego. Powszechnie używa się dzisiaj olejów zstępujących, które wprowadza się drogą nakłucia podpotylicznego. Po upływie pewnego czasu prześwietlamy chorego dla stwierdzenia położenia oleju kontrastowego, a następnie wykonujemy radiogramy odpowiednich odcinków rdzenia.

Opisane metody badania posiadają niezwykle doniosłe znaczenie w neurologii i neurochirurgii. Stosuje się je w szczególności:

1) *w przypadkach guzów mózgowych,*

2) *zaburzeniach mózgowych na tle urazowym i pozapalnym,*

3) *przypadkach wodogłowia tak zewnętrznego jak i wewnętrznego,*

4) *w przypadkach okresowych bólów głowy nie oddziaływujących na żadne leczenie, a mogących pochodzić od okresowego wodogłowia,*

5) *w przypadkach psychopatii lub nieprawidłowości psychicznych, mogących często być wywołanymi przez nierozpoznany uraz mózgowy, torbiel lub wodogłowie,*

6) *w wielu przypadkach szczególnie w dziecięcym wieku występującej oligophrenii, w którym można podejrzewać obecność wodogłowia, ukrytego stanu zapalnego lub torbieli,*

7) *w przypadkach padaczki nie oddziaływujących na leczenie, a w których możemy spodziewać się polepszenia po zabiegu operacyjnym,*

8) *w przypadkach zaniku mózgowego.*

Encephalografia posiada poza tym duże znaczenie lecznicze w przypadkach ostrych zapaleń mózgowych, zrostów pozapalnych. Działanie to może polegać na przerwaniu zrostów, zmniejszeniu ciśnienia wśródczaszkowego oraz przywrócenia krążenia płynu mózgowo-rdzeniowego.

Opisane powyżej metody badania stanowią uzupełnienie znanych już oddawna metod jak cholecystografia, urografia, hysterosalpingografia itd., które również znajdują się w ciągłym rozwoju. Poza tymi wszystkimi metodami, które osiągnęły znaczny stopień rozwoju i stosowane są

dość szeroko, prowadzone są obecnie badania doświadczalne nad uwidocznieniem najbardziej niedostępnych dotychczas narządów i tkanek ciała ludzkiego, wchodząc już w zakres anatomii i patologii żywego człowieka.

Należą autaj:

1. lymphografia — badanie dróg chłonnych przez wprowadzanie do naczyń środków kontrastujących,
2. neurografia — badanie nerwów przez wprowadzenie do otoczki nerwowej (perineurium) środków kontrastujących,
3. osteografia — badanie kości przez wprowadzanie środków kontrastujących do kanalików kostnych,
4. venosinografia — badanie zatok żylnych czaszki.

Badania prowadzone nad zagadnieniami uwidocznienia tych narządów i tkanek znajdują się jeszcze w okresie doświadczalnym, nie można wypowiedzieć się dlatego co do ich wartości i możliwości rozpoznawczych.

Nie mniejszy postęp osiągnięty został w zakresie leczenia promieniami X. Zaznacza się tutaj zasadniczy zwrot w wymaganiach, stawianych radiologowi zajmującemu się leczeniem. Gwałtowny rozwój techniczny radiologii doprowadził początkowo do tego, że na pierwszy plan wysunęły się dążenia techniczne, a klinika radiologiczna uwzględniona była dopiero na dalszym miejscu. Łudzono się, że przyszłość leczenia radiologicznego jest związana jedynie z postępami techniki, budowano coraz droższe i bardziej wydajne aparaty, służące do wytwarzania energii promienistej, a jako cel leczenia wytknięto sobie skoncentrowanie jak największej dawki promieni X, przy możliwie dużym oszczędzaniu zdrowej tkanki. Wiązano duże nadzieje ze zbudowaniem aparatów i lamp radiologicznych wytrzymujących napięcie 1000000 Voltów, spodziewając się na tej drodze uzyskać zupełne zniszczenie tkanki nowotworowej.

Mimo zastosowania tych wszystkich udoskonaleń rychło spostrzeżono, że nie tylko nie polepszają one wyników poprzednio uzyskanych, lecz w wielu przypadkach przynoszą nawet szkodę. Dlatego też obecnie radiolog przeprowadzający leczenie, nie rezygnując z ulepszeń technicznych, specjalną uwagę poświęca spostrzeganiu klinicznemu. Spostrzeganie to polega na ścisłej indywidualizacji chorych, na ustaleniu dla każdego z nich odpowiedniego leczenia czy to w postaci zabiegu operacyjnego, czy to w postaci naświetlań rentgenologicznych, radowych, czy też wreszcie połączenia tych metod leczenia.

Stwierdzono, że rozwój i wzrost nowotworowy nie odbywa się wedle stałych zasad, lecz że posiada indywidualne wahania, a do tego dostosować się musi jego zwalczanie. W każdym poszczególnym przypadku chorobowym, należy stosować leczenie odpowiednie do stanu chorego, oraz do rodzaju nowotworu, jego budowy i pochodzenia. Badania nad działaniem naświetlań energią promienistą, przy rozciągnięciu ich na dłuższy okres czasu, na zdolności odrodcze rozmaitych tkanek ustroju, wysunęły na czoło zagadnienia spostrzeganie kliniczne i spowodowały wytworzenie się najrozmaitszych indywidualnych odmian naświetlań.

Działanie lecznicze promieni X nie da się wytłumaczyć jedynie prawem o rozmaitej, wybiorczej wrażliwości tkanek ustroju ludzkiego na naświetlanie. Jest ono wprawdzie podstawą radiologii leczniczej, ale obok niego istnieje zagadnienie działania promieni na komórkę i wpływu na jej przemiany i czynności. Efekt biologiczny, wywołany przez czynnik fizykalny energii promienistej, polega na jonizacji wskutek uderzenia elektronów, powodujących następnie przemiany kolloidowe w samej komórce. Najbardziej podatną na te przemiany jest komórka w okresie mitozy. Wynika z tego, że tkanką, w której zjawiska jonizacji najlepiej będą się odbywały, będzie tkanka bogata w komórki, oraz ta, która otrzyma najwięcej energii promienistej, wywołującej jonizację. Aby więc skutecznie leczyć promieniami X musimy starać się poznać z jakim rodzajem tkanki mamy do czynienia, czy posiada ona elementy łącznotkankowe, oraz musimy doprowadzić jak największą ilość promieni X do wchłonienia przez daną tkankę.

Przy guzach powierzchownie leżących sprawa daje się dość łatwo rozwiązać przez pobranie odpowiedniego materiału do badań mikroskopowych, a następnie przez napromienianie z krótką odległością ogniskową i dużymi dawkami, postępując tutaj w myśl prawa kwadratowego (Quadratgesetz). O wiele większe trudności mamy przy leczeniu guzów głęboko położonych. Pomijając trudności związane z uzyskaniem odpowiedniego materiału do badań histologicznych, napotykamy

na duże przeszkody w doprowadzeniu odpowiedniej ilości energii promienistej, ponieważ tkanka leżąca ponad nowotworem stawia wchłanianiu promieni duże przeszkody. Przeszkody te musimy przezwyciężyć przez odpowiednie dawkowanie promieni, odpowiednie filtrowanie oraz rozciąganie naświetlań na dłuższy okres czasu. Jeżeli jeszcze przytomnimy sobie, że istnieje poza tym osobnicze oddziaływanie na promienie X oraz że trafiamy na najrozmaitsze rodzaje nowotworów, z których każdy prawie inaczej jest zbudowany, to przekonamy się, że odpowiednie leczenie radiologiczne jest jedną z trudniejszych dziedzin wiedzy lekarskiej.

Wynikiem tych doświadczeń jest oddzielanie się radiologii diagnostycznej od radiologii leczniczej i wytwarzanie się specjalistów radiologów, zajmujących się wyłącznie leczeniem. Prowadzą oni lecznictwo nowotworowe na zupełnie nowe tory. Powoli znikają oddziały terapeutyczne przy poszczególnych klinikach czy też szpitalach, a tworzy się duże instytuty, wyposażone we wszelkie pracownie pomocnicze, w których radiolog prowadzi całokształt leczenia, tak energią promienistą, jak też ogólnie klinicznego. Jedynie bowiem praca na dużym materiale chorych, przy ścisłym spostrzeganiu, doprowadzić może do dobrych wyników leczniczych.

Nie mniejsze obowiązki nakładają postępy lecznictwa radiologicznego na lekarza praktyka. Jest on przecież łącznikiem między chorym a lekarzem radiologiem i od niego często w pierwszym rzędzie zależy, jak układać się będzie leczenie chorego. Powinien on być też dokładnie obznajomiony z możliwościami leczenia radiologicznego, ponieważ wybranie odpowiedniego momentu skierowania chorego do leczenia podlega jego decyzji.

Wskazania do leczenia radiologicznego guzów oraz rokowanie w świetle najnowszych doświadczeń przedstawia się w krótkości następująco:

A. Guzy złośliwe.

Wrażliwość tkanki zależna jest, jak już wspomniałem od jej budowy, budowa zaś związana jest ściśle z pochodzeniem t. zn. z jakiego listka zarodkowego się ona rozwinęła: najbardziej wrażliwą jest entoderma, mniej mezoderma, najmniej ektoderma. O ile tkanka utworzona jest przez elementy pochodzące z rozmaitych listków zarodkowych, jak np. tkanka potworniaków, to wrażliwe na promienie X są jedynie elementy mało zróżnicowane. Poza wrodzoną danej tkance indywidualną tendencją wzrostową, dużą rolę w poddawaniu się leczeniu promieniami X stanowi t. zw. stan fizjologiczny podłoża, nosiciela nowotworowego. U chorych z silną niedokrwistością oraz charłactwem działanie promieni jest bardzo słabe.

Z guzów mózgowych wykazują glejaki, jak spongliobIastoma, astrocytoma, oligodendroglioma, neuroma, ependymoma oraz guzy: szyszynki i plexus choriodeus dość wolny wzrost i dość ostre odgraniczenie, nadając się wskutek tego do zabiegu. Medulloblastoma, powstając z mało zróżnicowanych tkanek zwykle u dzieci w okolicy IV komory, rośnie badzo szybko, naciekając w otoczenie i stanowi bardzo wdzięczny materiał do leczenia radiologicznego.

Z raków górnych dróg oddechowych i pokarmowych bardziej podatne są na napromienianie raki płaskonabłonkowe warg, aniżeli podobnie zbudowane raki policzków. Z raków części przednich i środkowych języka oraz gardzieli, jedynie mało zróżnicowane poddają się napromienianiu, z raków dna języka, migdałów i podniebienia jedynie typy mało zróżnicowane, nie nabłonkowate. Z raków krtani wrażliwe są brodawczakowate, zaś bardzo oporne wysoko zróżnicowane postacie ze zrogowaceniami.

Raki nosa i zatok nosowych należą często do typów przejściowych i oddziałowują wtedy bardzo dobrze, w miarę ich zróżnicowania zmniejsza się ich wrażliwość.

W nowotworach ślinianek, złożonych przeważnie z rozmaitych tkanek, poddają się napromienianiu tkanki mniej zróżnicowane.

Raki oskrzelowe są zwykle zbudowane z tkanki nabłonkowej i bardzo odporne na działanie promieni X.

Z nowotworów, rozwijających się na tle wola 90% stanowią złośliwe gruczolaki, czyli raki nabłonkowe, które rozwijają się na podłożu już dawniej istniejącego gruczolaka, początkowo otoczone są one torebką, szybko jednak przedostają się ich komórki do obiegu krwionośnego. Ta grupa wykazuje dużą wrażliwość na napromienianie. W przeciwieństwie do nich raki włókniste (Scirrhus) wykazują dużo tkan-

ki łącznej, nie są otoczone torebką, szybko naciekają w otaczającą tkankę i są bardzo oporne na napromienianie. Powstające w torbielach brodawczaki z powodu długo trwającego ograniczenia szczególnie nadają się do zabiegu, a nawet o ile nastąpiło ich przedostanie do tkanki sąsiadującej i do naczyń chłonnych to można napromienianiem powstrzymać przez dłuższy czas ich rozwój. Mięsaki tarczycy są bardzo rzadkie i trudne do odróżnienia od raków, zwykle jest to mięsak chłonny (Lymphosarcoma), poddający się czasami bardzo dobrze napromienianiu.

Z raków sutki odrębną grupę stanowią raki powstające w czasie karmienia; mają one silne skłonności wzrostowe i histologicznie dają odrębny obraz. Rak brodawczakowato - torbielowy z powodu swego silnego ukrwienia stanowi wdzięczne pole do leczenia energią promienną. Wysoko zróżnicowany rak gruczolakowy jest bardzo mało wrażliwy. O ile przyjdzie do silnego wytworzenia się tkanki łącznej powstaje z niego rak włóknisty, który jest w wysokim stopniu niezróżnicowany.

Raki płuc mogą pochodzić z brodawczaków nabłonka oskrzeli, z gruczołów śluzowych oskrzeli, wreszcie z pęcherzyków płucnych. Wykazują one rozmaitą wrażliwość, zależną od ich zróżnicowania. Najbardziej wrażliwe są raki drobnokomórkowe, najmniej raki płaskokomórkowe, w których nastąpiło rogowacenie oraz gruczolaki - raki.

Raki przełyku i żołądka, niezależnie od tego, czy rozwijają się z nabłonka, czy też z gruczołów, są w wysokim stopniu promienioodporne. Także gruczolaki jelita grubego są niewrażliwe, za wyjątkiem postaci bogatych w komórki o budowie brodawczakowatej.

Podobnie promienioodporne są z powodu swego pochodzenia raki odbytnicy, a w szczególności postacie, wytwarzające koloid, względnie z dużą zawartością tkanki łącznej. Silnie unaczynione i bujające raki brodawczakowato - gruczolakowe poddają się napromienianiu dość dobrze.

Z nowotworów nerek, nadnerczak, który przez dłuższy czas jest zamknięty w torebce, nadaje się do zabiegu. Posiada on obok składników promieniowrażliwych również wybitnie promienioodporne, tak że napromienianiem możemy uzyskać jego zmniejszenie, a nie wyleczenie. Gruczolaki, wychodzące z nabłonka gruczołowego, mają skłonności do naciekania, są one odporne na promienie, dlatego należy je najpierw usunąć drogą zabiegu, a dopiero następnie poddać intesywnemu napromienianiu radowemu lub radiologicznemu. Szybko rosnące, powstające u dzieci, raki nerek są wprawdzie dość promieniowrażliwe, usunięcie ich jednak zupełne nie jest tą drogą możliwe. Raki miedniczek nerkowych są podatne na napromienianie, przy czym działanie promieni winno być skierowane szczególnie na drogi chłonne (zapobieganie przerzutom) oraz na naczynia krwionośne (ograniczenie zaopatrzenia w krew). Bardzo rzadko występujące mięsaki nerkowe są bardzo promieniowrażliwe, szybko jednak tworzą przerzuty. Guzy mieszane wzgl. potworniaki występują u dzieci, napromienianie niszczy ich składniki tkankowe mało zróżnicowane oraz działa na naczynia krwionośne.

Z raków pęcherza moczowego są wrażliwe na napromienianie brodawczaki, podczas gdy postacie naciekające oraz raki płaskokomórkowe nie poddają się napromieniowaniu.

Z gruczolaków gruczołu krokowego postacie mało zróżnicowane oraz z małą ilością tkanki łącznej najbardziej są wrażliwe.

Nowotwór jąder (Seminoma) jest bardzo podatny na napromienianie, potworniaki wykazują rozmaitą wrażliwość, w zależności od składników z jakich są zbudowane.

Raki macicy: płaskonabłonkowy i rak gruczolakowy szyjki macicy są mało promieniowrażliwe, możemy jednak stosować tutaj duże dawki, podobnie jak w napromienianiu raka trzonu macicy, zbudowanego również ze składników małowrażliwych. Szczególnie dobre wyniki daje tutaj napromienianie radem.

Nowotwory jajnikowe oddziaływują rozmaicie: najlepiej raki zbudowane z komórek embrionalnych i t. zw. guzy z komórek ziarninowych, gorzej guzy brodawczakowato - gruczolakowe.

Z raków kostnych guzy olbrzymiokomórkowe, mające cechy raczej dobrotliwe, pod wpływem napromieniowania ulegają przemianie łącznotkankowej i zwapnieniu, czemu towarzyszy zwykle zapalny odczyn. Dlatego należy je napromieniać przez dłuższy czas miernymi dawkami. Prawdziwe kostne mięsaki są bardzo odporne za wyjątkiem t. zw. guzów Ewinga. Prawie

wszyscy chorzy z mięsakami kostnymi giną z powodu przerzutów, które również są bardzo promienioodporne.

B. Gruczoły dokrewne.

Leczenie radiologiczne gruczołów dokrewnych polega na tłumiącym działaniu, wywołanym przez promienie X na procesy katabiotyczne ustroju. Zwiększenie czynności pod wpływem napromieniania jest jedynie przemijającym obiawem, występującym bądźto wskutek przekrwienia, które sprzyja szybszemu transportowi końcowych wytworów, bądźto wskutek szybszego zużytkowania nagromadzonych zapasów (hormonów). Dlatego wskazana jest duża ostrożność przy napromienianiu, ponieważ łatwo wywołać można nadmierne wyczerpanie i następowy brak wytworów danego gruczołu dokrewnego.

Gruczolaki przedniego płata przysadki bardzo są wrażliwe na napromienianie; wzmożenie ciśnienia wśródczaszkowego, ograniczenie pola widzenia wraz z zanikiem nerwu ocznego mogą ustąpić w większym lub mniejszym stopniu. Poza tym, wskutek znikania guza poprawiają się warunki krążenia krwionośnego, często upośledzonego przez ucisk.

W przypadkach dystrophia adiposo - genitalis oraz moczówki prostej (diabetes insipidus). połączonych z zaburzeniami wydzielania lub wytwarzania hormonów, wskutek zmian uciskowych w zakresie płata przedniego lub tylnego wzgl. lejka, przez guz wśródsiodełkowy lub ponadsiodełkowy, napromienianie okolicy przysadkowej daje bardzo dobre wyniki.

W przebiegu zaburzenia w okresie przekwitania z chorobowymi zmianami czucia (akrooparestezje), napromieniania przysadki są bardzo korzystne, ponieważ tłumią one wydzielanie tylnego płata przysadki, nie zmieniając wydzielania prolanu. O ile towarzyszy im nadczynność tarczycy, napromienianie przysadki ma na celu powstrzymania produkcji thyreotropowego hormonu przysadki z jej przedniego płata. Stosować można je jednak jedynie w okresie przekwitania lub krótki czas przed przekwitaniem, ponieważ działanie to obejmuje także produkcję innych hormonów, szczególnie hormonów gonadotropowych przysadki.

Napromienianie nadnerczy stosujemy w czasie choroby Raynauda, jednak działanie jego jest niepewne.

Napromienianie jajników, mające na celu czasowe wyjałowienie, jest obecnie ograniczone do nielicznych przypadków w wieku przed przekwitaniem, z powodu dużego niebezpieczeństwa uszkodzenia zarodków. Dobre wyniki daje leczenie gruźlicy narządów rodnych. Stosuje się dawki bardzo małe, w połączeniu z leczeniem dietetycznym i fizykalnym.

Czyste wole bez nadtarczyczności, względnie z nadtarczycznością, która wystąpiła wtórnie, są mało wrażliwe na leczenie energią promienistą i mają duże skłonności do nawrotów. Ciężkie i średnie przypadki Basedova, w których istnieje obawa wystąpienia niewyrównania narządu krążenia, należy również kierować do zabiegu, ponieważ na wystąpienie polepszenia pod wpływem napromieniania należy czekać od $1\frac{1}{2}$ do 4-ech miesięcy.

Do napromieniania nadają się:

1) *lekkie przypadki zwiększonej czynności tarczycy przy powiększeniu przemiany podstawowej od 15 do 30%, tętna od 80 — 100 uderzeń;*

2) *przypadki średnie bez wola i bez objawów niewyrównania przy powiększeniu przemiany podstawowej od 30 do 70%, tętna od 90 — 100 uderzeń;*

3) *przypadki bardzo ciężkie, nienadające się do zabiegu z powodu niewyrównania krążenia, tachycardii i silnego podwyższenia przemiany materii;*

4) *t.zw. Basedov tłusty, na tle zaburzeń wielogruczołowych; jednak istnieje tutaj niebezpieczeństwo wystąpienia objawów obrzęku śluzakowatego nawet przy dawkach bardzo małych;*

5) *chorzy, którzy zasadniczo nie chcą się poddać zabiegowi;*

Wytwarzanie się zrostów, nie stoi według ogólnego zdania w żadnej łączności z napromienianiem.

Wrażliwość na napromienianie gruczołu tarczykowego zależy od stopnia schorzenia. Czas leczenia wynosi czasami rok i dłużej. Nieraz łączymy napromieniania z leczeniem jodowym.

Choroby krwi a zwłaszcza białaczki (tak szpikowa, jak i gruczołowa) oraz choroba Vaqueza są działem, w którym leczenie promieniami X stanowi jedyną możliwość przedłużenia wzgl. uratowania życia choremu. Poza stosowanymi oddawna napromieniowaniami częściowymi okolicy wątroby, śledziony, kości długich lub gruczołów

wprowadza się obecnie napromienianie całkowite, w którym działaniu promieni poddajemy całe ciało chorego. W przeważającej ilości przypadków wyniki są znakomite i chorego można utrzymać, przy zachowaniu zdolności do pracy i do wykonywania zawodu przez długi czas, sięgający nawet kilkunastu lat. Napromienianie musi być prowadzone pod ścisłą obserwacją kliniczną i kontrolą obrazu krwi. Również ziarnica złośliwa należy do jednostek chorobowych wybitnie promieniowrażliwych. Nie można wprawdzie mówić o możliwości trwałego wyleczenia, jednak przedłużenie życia o kilka lub kilkanaście lat, z zachowaniem zdolności do pracy, stanowi olbrzymi krok naprzód, w zwalczaniu tej jednostki chorobowej.

D. Sprawy zapalne.

Postępowanie w leczeniu radiologicznym spraw zapalnych nie swoistych zależy od okresu, w jakim one się znajdują. W okresie początkowym zapalenia, napromienianie przyspiesza wchłanianie. W przypadkach dalej posuniętych doprowadza do szybkiego zropienia, ograniczenia sprawy zapalnej i do ustąpienia obiawów ze strony naczyń chłonnych i krwionośnych . W sprawach zapalnych przewlekłych, następuje najpierw lckkie pogorszenia, następnie uspokojenie a w dalszym przebiegu zupełnc wyleczenie.

W sprawach zapalnych swoistych szczególnie duże znaczenie posiada w dalszym ciągu leczenie radiologiczne gruźlicy kości i stawów oraz gruźlicy gruczołowej.

W ramach krótkiego referatu niemożliwym jest zestawienie wszystkich wskazań do napromieniania leczniczego, ograniczony on też został do szkicowego zestawienia spraw chorobowych, w których leczenie radiologiczne w świetle najnowszych badań, musi być uważane za leczenie podstawowe.

S T R E S Z C Z E N I A

CHOROBY WEWNĘTRZNE.

Czynność gruczołów płciowych w przewlekłej niedomodze nadnerczy. (La fonction sexuelle dans l'insuffisance surrénale chronique). M a r a n o n.

La Presse Médicale, 102. 1936.

Do niedawna sądzono, że wydzielina nadnercza, szczególnie jego kory, wpływa pobudzająco na czynności gruczołów płciowych w kierunku podkreślenia cech męskich u mężczyzn i maskulinizacji u kobiet. Sąd ten opierano tylko na spostrzeganiu klinicznym gruczolaków nadnerczy. Stwierdzono bowiem często obojnactwo, przyśpieszenie okresu dojrzewania i cechy męskie u kobiet z nadnerczakami, przy czym parokrotnie obserwowano wyleczenie po usunięciu guzów; w wypadkach zaś niedomogi nadnerczy (choroba A d d i s o n a) czynności gruczołów płciowych były zawsze upośledzone.

Od chwili znalezienia wyciągu części korowej nadnerczy, badania doświadczalne nad zwierzętami z wyciętymi nadnerczami wykazały, że czynność gruczołów płciowych jest zahamowana, a wstrzykiwania z wyciągu części korowej nadnerczy przeważnie przywracały prawidłową czynność tych gruczołów.

Działanie jednak tych wyciągów jest uzależnione od tego czy zawierają one hormon gonadotropowy, wytwarzany przez pewną część kory nadnerczy. W wypadkach maskulinizacji kobiet przy gruczolakach nadnerczy — mają one powstawać właśnie w tej t. zw. tkance androgenicznej; u osobników zdrowych tkanka ta jest niestała i dlatego wyciągi z nadnerczy mogą nie zawierać jej, bądź też zawierać zbyt małą ilość, a wtedy wyniki doświadczeń i leczenia mogą być ujemne.

Autor, uważając, że obraz nadczynności nadnerczy jest dostatecznie omawiany i znany, chce zwrócić uwagę na czynność gruczołów płciowych przy niedomodze przewlekłej nadnerczy.

Na podstawie obserwacji 88 kobiet, chorych na chorobę A d d i s o n a, autor dochodzi do wniosków następujących: ,

1) występowanie miesiączki przy niedomodze nadnerczy jest opóźnione, gdyż 38,6% występuje w wieku powyżej lat 16,

2) miesiączka jest bardzo skąpa, często nieregularna, ze skłonnością do opóźnień, wczesnym zanikiem miesiączki a czasem zupełnym jej brakiem przed 30 rokiem życia.

3) ciąża jest znacznie rzadsza; wśród chorych z niedomogą nadnerczy było 30% bezpłodnych, podczas gdy tylko 8,8% kobiet zdrowych w Hiszpanii nie rodzi.

Autor, tłumaczy to zjawisko konstytucją hypoplastyczną, nieraz dziecięcą, która najczęściej towarzyszy niedomodze nadnerczy.

4) Poronienia wśród badanych nie są częstsze, niż u osób zdrowych;

5) przebieg ciąży jest znacznie cięższy, chore ulegają łatwiej zatruciu ciążowemu, najczęściej mają niepohamowane wymioty. W tych przypadkach dobre wyniki dają wstrzykiwania wyciągów nadnerczy.

6) Ciążowe zabarwienie skóry jest silniej zaznaczone u osób chorych, niż u zdrowych. Autor spostrzegał, że kobiety o wybitnie astenicznej budowie znacznie gorzej znoszą ciążę i mają ciążowe zabarwienie skóry silniej zaznaczone, niż osoby o budowie pyknicznej,—dochodzi więc do wniosku, że budowa asteniczna jest wskaźnikiem słabej czynności nadnerczy.

7) Ciąża, w większości wypadków, bywa donoszona do końca, pomimo ciężkich zatruć i złego samopoczucia; czasem w czasie ciąży chore nawet się poprawiają.

Poród natomiast i okres połogu jest dla chorych okresem niebezpiecznym, a nawet może wystąpić w tym okresie zgon, co autor tłumaczy nagłym usunięciem z organizmu matczynego płodu, którego nadnercza dostarczały hormonu ustrojowi matki. Nagły brak tego hormonu powoduje pogorszenie stanu istniejącego, lub ujawnienie ukrytej choroby A d d i s o n a, a nawet zgon.

8) Niedomoga nadnerczy nie wpływa na czynność mięśni macicy w czasie porodu; odbywa się on zwykle zupełnie prawidłowo.

9) Hormon nadnerczy wybitnie wpływa na gruczoły mleczne, pobudzając je do intensywniejszego wydzielania mleka; u kobiet z niedomogą nadnerczy karmienie niemowląt jest niemożliwe z powodu niedorozwinięcia gruczołów mlecznych. Spostrzeganie wykazało, że kobiety zmaskulinizowane, a więc z nadczynnością nadnerczy, zawsze w okresie laktacji mają przerost gruczołów piersiowych i obfitość pokarmu.

Autor podaje, że u 82 letniego starca, przy leczeniu wybitnej astenii wstrzykiwaniami hormonu chorych nadnerczy, — wystąpił rozrost nadmierny gruczołu piersiowego (gynekomastia). Nie można jednak ustalić, czy hormon ten działa bezpośrednio lub przez przedni płat przysadki. Działanie nieco sprzeczne hormonu nadnerczy, maskulinizujące ustrój i jednocześnie pobudzające wydzielanie mleka, cechę wybitnie kobiecą — tłumaczy autor zdolnością reagowania gruczołów mlecznych nie tylko na podniety swoiste, jakimi są hormony jajnikowe, ale i na podniety mechaniczne.

U mężczyzn osłabienie czynności gruczołów płciowych i niemoc płciowa przy niedomodze nadnerczy (choroba A d d i s o n a) były parokrotnie poruszane w literaturze przez szereg autorów, przy czym często notowano brak popędu płciowego, azoospermię i zmiany miażdżycowe w jądrach. Autor, na zasadzie obserwacji 81 mężczyzn z chorobą A d d i s o n a, (w tym 56,8% bezżennych i 40,8% żonatych), stwierdza w znacznej większości przypadków wstręt do małżeństwa, oziębłość płciową, czasami niemoc całkowitą. Niektórzy chorzy nie mieli nigdy dzieci; w rodzinach zaś dzietnych — śmiertelność dzieci była wybitnie zwiększona (9%).

Budowa mężczyzn z niedomogą nadnerczy jest przeważnie asteniczna, wątła (hypoplastyczna), cechy męskie są słabo zaznaczone, owłosienie jest często typu kobiecego, brak owłosienia na tułowiu, kończynach, słaby zarost; głos wysoki, czasem zbliżony do kobiecego. Zdarzają się jednak i wśród przypadków choroby Addisona typy wybitnie męskie.

Hyperwitaminoza D. (Hyperwitaminose D). Rawina.

La Presse Médicale 76. 1936.

Wkrótce po wykryciu własności przeciwkrzywiczych naświetlanego ergosterolu — stwierdzono doświadczalnie szkodliwe działanie większych dawek witaminy D. Dawki te jednak muszą przekraczać 10.000 do 100.000-krotnie dawkę leczniczą, by wywołać objawy toksyczne.

U zwierząt doświadczalnych nadmiar witaminy D. powoduje brak apetytu, zaburzenia w odżywianiu, zmiany w szkielecie; waga przez jakiś czas prawidłowa, spada wreszcie szybko. Poziom wapnia i fosforu zwiększa się we krwi; wapń osiąga 25 do 50%.

Anatomicznie stwierdzono większe nagromadzenie wapnia w miąższu sercowym, ścianach żołądka, w płucach, nerkach, mięśniach międzyżebrowych, a przede wszystkim w ścianach tętnicy głównej i tętnic większych; śledziona ulega zanikowi, w śluzówce przewodu pokarmowego stwierdzono wybroczyny. Objawy te są zależne od ilości witaminy D. wprowadzonej do ustroju; z chwilą usunięcia nadmiaru witaminy — powrót do zdrowia jest szybki.

Przy dalszych badaniach zaobserwowano, że nasilenie zaburzeń jest zależne nie tylko od nadmiaru witaminy, ale i od 1) zachowania równowagi w pokarmach, 2) od wieku — zwierzęta młode wykazały większą wrażliwość na nadmiar witaminy, niż osobniki starsze, 3) od temperatury, 4) od działania promieni ultrafioletowych. Nie bez znaczenia są osobnicze właściwości, chociażby zupełna nietolerancja (idiosynkrazja) witaminy D.

Sprawa jeszcze bardziej powikłała się przez stwierdzenie w poszczególnych sterynach występowania różnych właściwości pod wpływem promieni ultrafioletowych. Holtz wykazał, że pod wpływem promieni ultrafioletowych, obok witamin. powstają lumisteryna, tachysteryna, toxisteryna i spasteryna. Według tego autora największy wpływ na poziom wapnia we krwi wywierają tachysteryna, witamina D i toxysteryna.

Wychodząc z założenia, że te poboczne produkty naświetlania najbardziej wpływają na mobilizację wapnia, Holtz wyprodukował mieszaninę tych ciał nazwaną A. T. 10; przetwór ten ma zdolność podnosić poziom wapnia we krwi i przez to zwalczać objawy tężyczki. Preparat ten jest wypróbowywany w różnych stanach z obniżonym poziomem wapnia, ale wyniki tej sztucznej hypercalcaemii jeszcze nie są dobrze znane.

Prace doświadczalne pozwoliły ustalić dawki trujące dla witaminy D (czy też pokrewnych produktów); jednak muszą one być bardzo wysokie, by zaszkodzić ustrojowi ludzkiemu. Pomimo to zdarzają się jednak wypadki zatrucia, które zdają się być skutkiem swoistej wrażliwości na witaminę D.

Hess podaje, że u niektórych dzieci dawki 5 miligr. dziennie ergosterolu naświetlanego, podawane przez trzy tygodnie, wywołały chudnięcie, podniesioną ciepłotę, wymioty, brak snu, osłabienie i odwodnienie tkanek, Poziom wapnia we krwi podniósł się o 2 mlg i utrzymywał się tak długo na tym poziomie, póki fosfór we krwi pozostawał bez zmian. Po sześciotygodniowej przerwie w podawaniu witaminy D — wszystkie objawy chorobowe zniknęły, a po ponownym ergosterolu — objawy poprzednie ponowiły się.

Thatcher podaje historię 11½ miesięcznego dziecka, któremu podawano po 10 kropli przetworu zawierającego duże dawki ergosterolu, a potym, celem zwalczenia coraz większego osłabienia i utraty wagi, zwiększono dawkę do 10 miligr. ergosterolu naświetlanego, podając jednocześnie surowe mleko krowie, dużo soków owocowych i naświetlając dziecko bądź to na słońcu, bądź promieniami pozafiołkowymi. Leczenie to było stosowane przez 10 miesięcy, po czym dziecko skierowano do szpitala z objawami zapalenia miedniczek nerkowych, z temperaturą podniesioną i po 4 dniach dziecko zmarło w drgawkach. Sekcja wykazała kości zwapniałe, wątrobę zwyrodniałą tłuszczowo, nerki blade, powiększone, miejscami przekrwione, a u podstaw piramid pasek szarawy, zawierający wapń; parę takich małych szarawych ognisk znaleziono też w części korowej. Wapń gromadził się w kanalikach nerek, zamykając je zupełnie; naokoło kanalików autor stwierdził bujanie tkanki łącznej. W kłębuszkach gromadził się też wapń, a naczynia włosowate były zamknięte; miejscami widoczne były nacieczenia ciałek jednojądrzastych, zwyrodnienie nabłonka kanalików; nigdzie nie stwierdzono ognisk zapalnych ani ropnych.

Drugi przypadek dotyczył dziecka, któremu podawano tran, po którym dostawało ono wymiotów; po 4 miesiącach dziecko zmarło; zmiany na sekcji były takie, jak w poprzednim przypadku.

Gerlach opisuje dziecko, które w drugim roku życia leczono przez rok dużymi dawkami witaminy D; zmarło ono w dziewiątym roku życia na zapalenie migdałków i nerek. W moczu stwierdzono białko, krew, wałeczki ziarniste i hyalinowe; ilość moczu znacznie się zmniejszyła, wystąpiły wymioty i obrzęki; we krwi — nieznaczna niedokrwistość i zwiększenie liczby ciałek białych; śmierć nastąpiła w śpiączce. Sekcja wykazała zapalenie kłębuszkowe krwotoczne nerek, ze zmianami przeważnie w warstwie korowej, przerost serca z jego rozszerzeniem, liczne wybroczyny i obrzęk mózgu; największe zmiany dotyczyły jednak naczyń, w których stwierdzono rozległe zmiany miażdżycowe; drobnowidowo w mięśniu sercowym znaleziono zwyrodnienie tłuszczowe i przekrwienie bierne, w nerkach zmiany, odpowiadające przewlekłemu kłębuszkowemu zapaleniu nerek.

Gerlach wysuwa podejrzenie, że w tym wypadku istniał związek przyczynowy z dużymi dawkami witaminy D, jakkolwiek dziecko to nie wykazywało nigdy wyraźnych objawów nietolerancji, a od czasu przyjmowania leku do śmierci upłynęło 7 lat. Niektórzy badacze chcą widzieć różnicę między zmianami miażdżycowymi właściwymi i zmianami, wywołanymi doświadczalnie nadmiarem witaminy D, gdyż w pierwszym wypadku odkładają się lipoidy i ulega przerostowi warstwa wewnętrzna naczynia, gdy w drugim wypadku odkładają się sole wapnia w tkance bez dostrzegalnych zmian. Autor przypuszcza, że w

tym wypadku zachodziło współdziałanie dwóch czynników chorobowych — nadmiar witaminy D i właściwa choroba.

Pomimo, że wypadki zatrucia witaminą D są jeszcze bardzo nieliczne, a niektóre nawet są wątpliwe, trzeba się liczyć z możliwością złego znoszenia dużych, a u osób z nadwrażliwością nawet małych dawek witaminy D.

Objawy zatrucia są: brak apetytu, wymioty, biegunka, po której może nastąpić zaparcie, atonia mięśni, apatia psychiczna. Waga początkowo utrzymująca się, po pewnym czasie spada dość gwałtownie. Poziom wapnia i fosforu we krwi podnosi się. Objawy nerkowe z białko - i ropomoczem zwykle są objawami końcowymi i prowadzą do śmierci. Zmiany anatomiczne są charakterystyczne i podobne do zmian wywołanych doświadczalnie. Wypadki te występują częściej, jeśli witamina jest podawana zapobiegawczo, niż w wypadkach krzywicy.

Zagadnienie toksyczności witaminy D jest tymbardziej ważne, że w latach ostatnich powstało dużo przetworów o dużej sile działania, które w paru kroplach zawierają tyle jednostek witaminy, ile jedna łyżka tranu.

Wobec rozpowszechnionego stosowania witaminu D bez kontroli lekarskiej z jednoczesnym naświetlanie dzieci słońcem, lub promieniami pozafiołkowymi, wypadki nietolerancji mogą być coraz częstsze.

Dlatego też ważnym jest znać wartość jednostek w preparatach, dawkowanie, objawy zatrucia (przede wszystkim zwracać uwagę na przewód pokarmowy). Aby nie łączyć dwóch czynników — słońca i witaminy, nie należy jej podawać latem; poza tym ostatnio zwracają uwagę na większą skuteczność dawek — raczej małych.

Agranulocytozy. (Les agranulocytoses). R. Letulle.

La Presse Médicale. Nr. 102. 1936.

W 1922 roku Schultz opisał nową jednostkę chorobową z objawami następującymi: nagły początek, podniesiona t°, samopoczucie bardzo złe, objawy toksyczno - infekcyjne; zapalenie migdałków i gardła z owrzodzeniami martwicowymi na podniebieniu i w gardle. Gruczoły chłonne i śledziona nie powiększone. W obrazie krwi — zmniejszenie liczby ciałek białych, szczególnie wielojądrzastych i myelocytów, a nawet ich zupełny brak, natomiast liczba ciałek czerwonych, płytek krwi, czas krwawienia, krzepnięcia, objaw opaskowy — pozostają zupełnie prawidłowe.

Na sekcji stwierdzono zmiany wrzodziejące, martwicze nie tylko w jamie ustnej i nosowo - gardzielowej ale i w przełyku, jelitach, wątrobie, pochwie i t. d. Histologiczne badania szpiku kostnego z mostka i nasad kości, wykazało znaczne zmniejszenie lub całkowity brak myelocytów i ciałek wielojądrzastych.

Schultz podejrzewał, że przyczyną choroby jest jakiś czynnik bakteryjny, specyficzny, jeszcze nieznany.

W miarę gromadzenia spostrzeganych przypadków w ostatnich latach, stwierdza się rzadkość występowania czystej postaci choroby, opisanej przez Schultza, natomiast coraz częściej opisywane są przypadki agranulocytozy ze zmianami liczby krwinek czerwonych, płytek, z zaburzeniami krzepliwości krwi i t. d. Zespoły te były przez autorów różnie nazywane, a więc aleucie hémorragique, panmyelophtisie i t. d.

Przebieg tych postaci jest dowolny, śmiertelność nieco mniejsza (50 — 75%), niż w wypadkach Schultza; chorzy uskarżają się na ogólne osłabienie przez dłuższy czas, ciepłota podwyższona występuje często w dopiero późniejszych okresach choroby. Owrzodzenia w gardle na ogół częste, mogą nie występować; w krwi zmniejszenie liczby ciałek czerwonych, skłonność do krwotoków, wybroczyn. Gruczoły szyjne i podszczękowe, mogą być nieco powiększone, śledziona czasem lekko macalna; mostek nie jest przy obmacywaniu bolesny.

Ponieważ rozpoznanie choroby można oprzeć tylko na badaniu krwi, autor podaje różniczkowe obrazy krwi i szpiku kostnego z mostka, pobierane za pomocą nakłucia; do zabarwienia preparatów autor używa barwiku May-Giemzy i roztwór dwueozynianu Tribondeau, który barwi wszystkie ziarnistości ciałek białych. Autor odróżnia następujące postaci choroby:

I. Agranulocytoza typu Schultza (czysta postać).

We krwi:

a) wybitne zmniejzenie liczby ciałek białych, poniżej 2.000;

b) bardzo mała liczba ciałek wielojądrzastych obojętnochłonnych do 15% (zamiast 55 — 70%), a nawet całkowite ich zniknięcie; zniknięcie zupełne ciałek białych kwaso i zasadochłonnych: Liczba limfocytów i monocytów wzrasta do 85% — 100% (norma 20 — 35%);

c) liczba ciałek czerwonych, krzepliwość, czas krwawienia, objaw opaskowy nie ulegają zmianom;

d) rozmaz szpiku kostnego nie wykazuje ani ciałek wielojądrzastych, ani myelocytów, ani myeloblastów.

II. Zespoły agranulocytowe.

a) zmniejszenie liczby ciałek białych może nie tak silnie zaznaczone jak w typie Schultza; zmniejszenie liczby, a nawet zniknięcie obojętnochłonnych wielojądrzastych ciałek; czasem znajduje się młode postacie tkanek — leukoblasty, komórki Turka, prolimfocyty, komórki endotelialne. Obecność komórek kwasochłonnych lub ich zjawianie się czasowe wskazuje na dobre rokowanie;

b) liczba ciałek czerwonych zmniejsza się w czasie choroby, ciałka czerwone wykazują anizocytozę, poikilocytozę; ciałka jądrzaste można znaleźć bardzo rzadko;

c) liczba płytek krwi zmniejsza się do paru tysięcy;

d) czas krwawienia często przedłuża się (powyżej 5 minut);

c) objaw opaskowy często dodatni;

f) w rozmazie szpiku kostnego zmniejszenie się wybitne lub zanik ciałek wielojądrzastych, myelocytów, a w cięższych przypadkach nawet myeloblastów. Badanie bakteriologiczne krwi, jak również gardzieli, wypada ujemnie.

Agranulocytozy należy różniczkować z:

1. *Angines lympho - monocytaire* — chorobą zakaźną układu siateczkowo - śródbłonkowego, przy której liczba ciałek wielojądrzastych obojętnochłonnych zmniejsza się znacznie, lub może

zniknąć chwilowo, by jednak przy poprawie stanu ogólnego zjawić się z powrotem, w przeciwieństwie do agranulocytozy, w której zmniejszenie liczby wielojądrzastych ciałek stale postępuje naprzód. Liczba ciałek białych natomiast zwiększa się, może dojść do 30.000; w obrazie krwi przeważają limfocyty (40 — 80%) i monocyty (30 — 40%), w następstwie podrażnienia układu śródbłonkowo - siateczkowego.

b) Przy limfocytozie występują drobne gruczołki chłonne na karku, szyi, pod obojczykami, w pachach i pachwinach; tego powiększenia licznych, małych gruczołków nie stwierdza się w agranulocytozach.

c) Zapalenie gardła często z nalotami, podobne do zapalenie błoniczego.

2. *Białaczką leukopeniczną* — przy której w okresie początkowym może wystąpić zmniejszenie chwilowe liczby ciałek białych; w tej jednak jednostce chorobowej zawsze zczasem występuje wybitnie ziwększenie ciałek białych, co by świadczyło o nadczynności i rozroście (hyperplasia) szpiku kostnego, w przeciwieństwie do agranulocytozy, gdzie stwierdza się hypoplazję szpiku kostnego.

b) Poza tym przy białaczce leukopenicznej rozmaz krwi obfituje w ciałka białe młode (prolimfocyty, limfoblasty, prolimfoblasty) i ciałka czerwone - jądrzaste.

c) Jakkolwiek kliniczne obiawy choroby mogą być podobne, to jednak zawsze w tej jednostce chorobowej powiększone są gruczoły i śledziona. Autor zaznacza, że czasem zespół agranulocytozy może powikłać obraz ostrej białaczki, gdyż komórki embryonalne, lub leukoblastyczne niszczą tkankę szpiku kostnego przez nadmierny rozrost.

1) Wywołują agranulocytozę zatrucia:
a) zawodowe — benzenem i jego pochodnymi, które działają wybitnie trująco na ciałka białe wielojądrzaste;
b) działanie leków o jądrze benzenowym: arsenobenzenu, neosalvarsanu, piramidonu, amidopiryny, dinitrofenolu;
c) działanie soli złota i bismutu;
2) działanie naświetlań promieniami Rentgena;
3) zakażenie miejscowe lub ogólne (migdałki, zęby, streptococus viridans).

Rzadkie jednak występowanie agranulocytozy w stosunku do liczby osób leczonych wymienionymi środkami nasuwa myśl, że nie samo tylko zatrucie jest przyczyną cierpienia, ale szczególnie uczulenie ustroju, wrażliwość narządów krwiotwórczych i skłonności osobnicze, a nawet rodzinne.

Leczenie polega na stosowaniu środków, które pobudzają czynności krwiotwórcze szpiku kostnego, a więc naświetlanie kości długich, przetaczanie krwi, a w ostatnich czasach wstrzykiwania śródżylne nukleotydów: produktów z ciałek białych z ropy pozbawionych kwasu nukleinowego, które drażnią prawie natychmiastowo szpik kostny, powodując zwiększoną jego czynność.

Ten ostatni środek ma znacznie poprawiać rokowanie.

Równowaga pokarmowa i witaminy. (Équilibre alimentaire et vitamines). R. L e c o q.

La Presse Médicale. Nr. 102. 1936.

Żywienie prawidłowe, wystarczające dla życia powinno zawierać węglowodany, tłuszcze, ciała azotowe, ciała balastowe, witaminy oraz sole mineralne.

Autor dochodzi do wniosków, na zasadzie najnowszych badań, że szczególne podkreślanie znaczenia węglowodanów dla ustroju jest niesłuszne, gdyż jakkolwiek mięśnie przede wszystkim zużytkowują glikogen, to jednak w procesach spalania zawsze biorą udział też ciała azotowe i tłuszcze, które także są źródłem węglowodanów, przez kwasy aminowe glikogenotwórcze i glicerynę; na tej podstawie autor twierdzi, że niedostateczny dowóz węglowodanów w wielu wypadkach może być znoszony bez większej szkody.

W ę g l o w o d a n y i c i a ł a a z o t o w e wywierają wręcz przeciwny wpływ na rozwój flory jelitowej; nadmiar węglowodanów staje się przyczyną fermentacji, przeciwnie działają ciała azotowe, wywołując gnicie. Gdy przy wadliwym trawieniu, jeden z tych składników znajdzie się w jelitach w przewadze, obiawy zaburzeń będą takie same jak przy niezachowaniu równowagi w ich dowozie.

Na zasadzie tych obserwacji dzieciom podaje się przy stolcach gnilnych maślankę, a przy zbytniej fermentacji — mączkę z ziaren soji lub słonecznika, bogatą w białko.

T ł u s z c z e, od czasu stwierdzenia w nich witaminów, kw. linoleinowego i kw. linolenowego, które dla ustroju są niezbędne, zostały uznane za konieczne w pożywieniu, jednak nadmiar tłuszczu może być czynnikiem hamującym wzrost.

Ciała azotowe odgrywają dużą rolę w budowie i odbudowie tkanek, tworzą one w ustroju również rezerwy, a także są źródłem ciepłostek.

Pod wpływem diastaz preteolitycznych rozkładają się one na albumozy, polipeptydy i, wreszcie na przeszło 20 kwasów aminowych.

Wzrost tkanek jest całkowicie zahamowany przy braku kwasów aminowych jak tryptofan, lizyna, cystyna, histydyna, fenylantina i izoleucyna. Niektóre z kwasów aminowych mogą powstawać syntetycznie w ustroju jak np. tyrozyna, tauryna, arginina, prolina, ornitina i kwas glutaminowy.

Mieszanka kwasów aminowych, podana w pożywieniu jako jedyny zasób ciał azotowych nie wpływa na rozwój organizmu. Kwasy aminowe by wywierać wpływ rozwojowy na ustrój muszą się znajdować w określonej ilości i w ścisłym wzajemnym stosunku, ponadto konieczna jest jeszcze obecność hydrolizatu gazeiny (kw alfa amino-beta-hydroxy - masłowego). Kwasy aminowe siarkowe z grupy cystyno - cysteiny mają wielkie znaczenie w procesach utleniania i odtleniania tkanek. Najlepszym sposobem zapewnienia dostatecznego dowozu kwasów aminowych jest stosowanie różnorodnego pożywienia, z przewagą białka pochodzenia zwierzęcego. Wartość biologiczna białka jest bardzo różna, zależnie od zawartych w nim kwasów aminowych.

C i a ł a b a l a s t o w e, jak celuloza, lignina, geloza i pozostałe ciała nieulegające strawieniu są też konieczne dla właściwego przyswajania pokarmów, szczególnie składników mineralnych.

Doświadczenia wykazały, że kiełki jęczmienia podawane jako wyłączna pożywka gołębiom, przedłużają im życie o 3 miesiące, gdy sam wyciąg z nich, bez części stałych, przedłuża życie gołębi tylko o miesiąc. Dodanie do tego wyciągu agaru lub papieru do filtrowania, składników zupełnie

bezużytecznych jako pożywienia, — przywraca mu jego własności odżywcze. Brak więc balastowych części pożywienia jest, prawdopodobnie, przyczyną zaburzeń w rozwoju u dzieci i u zwierząt, karmionych pokarmami wyciągowymi; stan ten można poprawić przez dodanie do pożywienia otrębów.

Na ogół zamało zwraca się uwagi na stan sprawności pokarmów, a głównie na szybkość ich wchłaniania w jelitach — procesy, które odgrywają większą rolę w równowadze odżywiania, niż nam się zdaje, a na które ma mieć wpływ obecność w pożywieniu witaminy B.

Składniki mineralne pożywienia biorą udział w wielu processach chemicznych ustroju; te, które zdają się być najbardziej ważkie, występują w tak małych ilościach, że Gabriel Bertrand nazywa je „infiniment petits chimiques".

Wreszcie niezmiernie doniosłe znaczenie posiadają witaminy, istnienia których nikt już nie zaprzecza, od czasu gdy są wyodrębnione, w stanie chemicznym czystym, wykrystalizowane, a nawet otrzymane syntetycznie. Działanie witaminów, jest badane biologicznie na zwierzętach (gołębie, szczury, świnki morskie), a siła ich działania jest obliczona w jednostkach według ustalonego międzynarodowego wzorca. Witaminy dzielą się na rozpuszczalne w tłuszczach i w wodzie. Do pierwszych należą witaminy A, D, E i K.

Witamina A.—przeciw kseroftalmiczna— jest przede wszystkim witaminą wzrostu i ogólnego rozwoju. (Znajduje się w żółtych i zielonych barwikach, w tranie, maśle, żółtku jaja, wątrobie, w zielonej sałacie i kapuście, szpinaku, marchwi. Przyp. ref.). Nadmiar witaminy A wywołuje zahamowanie wzrostu, utratę wagi, zmianę w płucach, kościach i nieżyt krwotoczny nosa.

Witamina D. — przeciwkrzywicza, otrzymana też sztucznie przez naświetlanie ergosterolu promieniami ultrafioletowymi, utrwala wapń w szkielecie kostnym. (znajduje się w maśle, mleku, żółtku jaja, drożdżach — przyp. ref.).

Nadużycie tej witaminy w pokarmach powoduje wyniszczenie, ogólne niedowłady, przykurcze mięśni kończyn, przedwczesne zwapnienie chrząstek i więzadeł, tętnic, a nawet tkanek, krwawienia z nosa i uszu.

Witamina C. — ma wpływ przeciwkrwiotoczny, brak jej wywołuje krwawienia podskórne w mięśniach, w narządach wewnętrznych, wreszcie ogólną niedokrwistość ze zmniejszoną krzepliwością krwi.

Witamina C. — jest rozpuszczalna w wodzie (znajduje się w cytrynie, pomarańczy, cebuli, pomidorach, głogu, strączkach papryki, — przyp. ref.).

Witamina B. — jest nieodzowna przy przyswajaniu części organicznych pokarmów, również węglowodanów, ciał azotowych (peptony mięsa) i ciał tłuszczowych (oliwa), jaką ustrój może przyswajać, a także szybkość ich wchłaniania przez jelita, zależy przede wszystkim od zawartości witaminy B w pożywieniu.

Ostatnio badania wykazały, że witamina B jest zespołem różnych witamin, które nazwano B^1, B^2, B^3 i t. d.

Brak witaminy B, jako całości, powoduje zaburzenia sercowe (bradycardia), zapalenie nerwów (polineuritis, porażenia i zaburzenia mózgowe), połączone ze spadkiem ciepłoty. Dodanie do pożywienia drożdży piwnych, hodowanych na brzeczce słodowej, albo wyciągu wodnoalkoholowego tych drożdży, pozwala zwierzęta doświadczalne utrzymać przy życiu i zdrowiu.

Franconit, wytrząsany z roztworem wodno - alkoholowym, zatrzymuje z tego roztworu cząsteczkę witaminy B, zwaną B^1 — przeciwneurotyczną, zostawiając cząsteczki B^2 i B^3. Dodawanie do pokarmu tych witamin powoduje opóźnienie wystąpienia zapalenia nerwów i śmierci doświadczalnego zwierzęcia. Po usunięciu cząsteczki

B^6, przez podgrzewanie wyciągu do 120°, w obecności dwuwęglanu sodu, sama cząsteczka B^2 nie jest w stanie wpłynąć na stan zdrowia gołębi, jak również nie zapobiega chorobie sama cząsteczka B^1. Cząsteczki zaś B^1 i B^2 łącznie — przedłużają życie gołębia o trzy miesiące, jakkolwiek nie są w stanie przywrócić całkowitego zdrowia.

Brak witaminy B^1 (zwancj również F) powoduje zaburzenia w czynności serca (bradycardia) i zaburz. nerwowe. Witamina ta znajduje się w drożdżach piwnych, kiełkach zbóż, zielonych jarzynach, w sercu, nerkach, wątrobie zwierzęcej.

Witamina B^2 (zwana też G lub Y) — utożsamiana z ciałami fluoryzującymi, krystalizującymi z grupy flawinów — wywiera wpływ na wzrost i skórę. U zwierząt doświadczalnych przy braku tej witaminy stwierdza się zmiany w skórze (dermatitis) bez obrzęków, utratę sierści, wyłysienia plackowate na łebkach i pyszczku, zmiany zapalne w oczach. (Witamina ta znajduje się w mleku, serwatce, białku jaja, wątrobie, drożdżach, szpinaku — przyp. ref.).

Przy braku witaminy B^6 mało jeszcze zbadanej (wiadomo, że ma odczyn zasadowy), rozwijają się u szczurów zmiany zapalne skórne pryszczykowate, z zaczerwienieniem i obrzękiem, przeważnie na kończynach i to symetryczne w uszach i nosie, podobnie jak przy pellagrze, ale w przeciwieństwie do witaminy przeciwpellagrycznej witamina B^6 znajduje się w zbożach, drożdżach, melasie, śledziu i łososiu.

Witamina H (zwana też X) zawarta w drożdżach ma wpływ przeciwłojotokowy (znajduje się w wątrobie wołowej i wieprzowej, nerkach, drożdżach, mleku, mące kartoflanej, kazeinie — przyp. ref.).

Witamina P-P — przeciwpellagryczna; brak jej u psów doświadczalnych wywołuje zmiany w skórze i na języku, oraz biegunkę; znajduje się w mięsie, wątrobie i drożdżach.

Witamina B^3 zwana witaminą przyswajania pokarmów — uważana jest przez autora za identyczną z witaminami B^4 i B^5 innych autorów. Wykryto witaminę B^3 w drożdżach, zbożu, w wyciągu ze słodu; ponieważ znaleziono ją też w wątrobie cielęcej, autor zastanawia się, czy nie jest ona identyczna z czynnikiem antianemicznym Whippla, czy też należy podejrzewać istnienie jeszcze nowej witaminy w grupy B, specyficznej dla niedokrwistości.

Poza jednostkami chorobowymi, jak: beri - beri, choroba Barlowa, kseroftalmia, spowodowanymi brakiem witamin, należy przypuszczać, że istnieją często dyskretne obiawy w organizmie z tego samego powodu, które uchodzą uwagi lekarza przy pobieżnym badaniu chorego. Pomimo wyodrębnienia szeregu witamin w czystej postaci i zbadania ich działania jako środka leczniczego, należy przy ich stosowaniu zwrócić uwagę na równowagę pokarmową.

Przykładem zaburzeń na tle zmian wzajemnego stosunku witamin i zaburzeń w równowadze mineralnej jest krzywica. Dla powstania krzywicy konieczny jest jednoczesny brak witaminy D i zachwianie równowagi pomiędzy wapniem a fosforem. Wynik leczniczy można otrzymać przez dodanie witaminy, bądź też przez przywrócenie równowagi wapniowo - fosforowej. W pożywieniu prawidłowym stosunek wapnia do fosforu jest jak 1,3 : 1. Zaburzenie wystąpi przy nadmiarze wapnia lub zmniejszeniu fosforu, bądź też odwrotnie. Jeśli wapń przekracza stosunek 2 : 1 do fosforu — wystąpi krzywica. Wbrew logicznemu rozumowaniu dodanie fosforu dla wyrównania wzajemnego stosunku z wapniem nie daje spodziewanych rezultatów, gdyż wartość fosforu różnego pochodzenia nie jest jednakowa.

Niektóre metale jak żelazo, mangan, bismut też wpływają ujemnie na własności przeciwkrzywicze fosforu, czasem całkowicie je hamując; w ten sam sposób działa inozyt phytiny, zaś węglan strontu, dodany do pokarmów, tak ujemnie wpływa na fosforany i witaminę D, że krzywica w tych warunkach staje się nieuleczalną. Dodatnio zaś wpływa na fosforany obecność kwasów wolnych.

Biorąc pod uwagę, że sole jodowe i czysty jod coraz bardziej zdają się mieć znaczenie w leczeniu krzywicy, autora dochodzi do przekonania, że wynik leczenia krzywicy zależny jest od wielu jeszcze niezbadanych czynników.

Tą samą zależność różnych czynników spostrzega się w niedokrwistościach, w których wzrost hemoglobiny jest zależny od obecności miedzi, ta zaś zwiększa działanie wyciągów wątroby.

Zachwianie równowagi pokarmowej może występować nie tylko w składnikach mineralnych, ale i organicznych pożywienia, przy czym w dużym stopniu odgrywa rolę przyswajalność tych składników.

Mleko, jako środowisko równoważne dla laktozy, nie wywołuje np. zaburzeń, jakie powoduje laktoza w mleku zbieranym, maślance i serwatce; olej rycynowy zażyty z sałatą traci działanie czyszczące. Sorbit w postaci czekolady jest dobrze znoszony, przyjęty naczczo — jest środkiem przeczyszczającym. Działanie wielu środków leczniczych, szczególnie wykształtnych, czyszczących i przeciwanafilaktycznych, będzie zależne od tej równowagi składników pokarmowych.

Szereg zaburzeń nerwowych można tłumaczyć zachwianiem równowagi w składnikach pożywienia, które w następstwie wywołują zaburzenia w sokach tkankowych, a przez nich i w samych tkankach.

Zbytnia fermentacja kiszkowa, zależna od nadmiernego rozwoju bakterii mlekowych, bakterii okrężnicy (B. coli), może też wywołać obiawy, jakie dają nieodpowiednio dobrane składniki pożywienia.

Zaburzenia pochodzenia pokarmowego, ciążowego i bakteryjnego mogą nawzajem wpływać na siebie: beri - beri jest chorobą pokarmową naskutek nadmiernego zakwaszenia ustroju przez produkty zarazków (w szczególności Bacillus asthenogenes Noel Bernarda), przy pokarmach bogatych w skrobię, pomimo obecności witaminy B.

Nie należy też zapominać, że różne zwierzęta i różne ustroje różnie reagują na czynniki szkodliwe i tak np. świnka morska przy zachwianiu równowagi fosforowo - wapniowej zdradza obiawy gnilca, pomimo dostatecznej ilości witaminy C. Odgrywają tu rolę bezsprzecznie gruczoły dokrewne, stan konstytucjonalny osobnika, jego odporność i czynność układu wegetatywnego.

Zaburzenie więc na skutek wadliwej diety są bardzo złożone i wymagają głębszej znajomości równowagi składników pożywienia, działania witamin, flory bakteryjnej, przewodu pokarmowego oraz zaburzeń w sokach tkankowych. *J. Titz.*

CHOROBY NERWOWE.

Leczenie chorób nerwowych i psychicznych w 1936 r. (La thérapeutique des affections nerveuses et mentales en 1936). Noël Péron.

Bulletin Général de Thérapeutique N 8. 1936.

W t. zw. padaczce samoistnej stosowano powietrze drogą dolędźwiową. Friedmann i Scherinker wypuszczali od 50 do 100 cm. płynu mózgowordzeniowego i wstrzykiwali w zamian znacznie mniejszą ilość powietrza (5 do 15 cm.). Chorzy naogół znosili zabieg dobrze, skarżyli się tylko na silne bóle głowy, czasami podczas wstrzykiwania powietrza występowały ataki epileptyczne. Na 26 przypadków (36 zabiegów), autorzy mieli 7 dobrych wyników ze zmniejszeniem się liczby ataków, polepszeniem stanu psychicznego i ogólną poprawą. U 10 stwierdzili wyraźną poprawę, w pozostałych brak jakichkolwiek zmian. W kilku przypadkach na zdjęciach encefalograficznych znaleziono odchylenia od normy. U 5 osobników z padaczką t. zw. późną uzyskano dobre wyniki ze zniesieniem ataków na przeciąg od 5 tygodni do 5 miesięcy. W grupie epileptyków z wyraźnymi zmianami organicznymi mózgu na 17 wstrzykiwań — 5 wyników zadawalających.

Dodatnie wyniki autorzy tłumaczą sobie z jednej strony rozrywaniem zrostów mózgowo - oponowych, a z drugiej — usuwaniem wraz z płynem mózgowordzeniowym substancji toksycznych, prowokujących drgawki.

Claude i Sivadon wypuszczali 15 cm. płynu m.-rdzeniowego i wstrzykiwali 12 cm. powietrza, dbając zawsze o utrzymywanie ciśnienia nie przewyższającego początkowe. Zabiegi ponawiano wielokrotnie bez żadnej krzywdy dla chorego, niekiedy obserwowano lekką przejściową reakcję oponową. Sposób powyższy autorzy zalecają w przypadkach, kiedy zawodzą metody klasyczne (gardenal, brom).

Cantacuzéne leczył 100 epileptyków powyższą metodą i uzyskał 6 wyleczeń i 14 popraw.

Dublineau i Doremieux próbowali stosować w padaczce dziecięcej acetylocholinę (zalecaną dotychczas w stanie padaczkowym): małe dawki (0,02 dziennie) wywołały wyraźną poprawę u 9 chłopca. W innym przypadku (15 letnie dziecko) acetylocholina po 0,01 dziennie w połączeniu z gardenalem, nie zmniejszając ilości ataków, znacznie je złagodziła i polepszyła wyraźnie zmiany charakteru.

J. Picard, H. Ey i G. Marquet badali wpływ acetylocholiny na ataki drgawkowe w stanie padaczkowym, w przypadkach podniecenia ze zmianami charakteru. Jeżeli chodzi o ataki drgawkowe, to na 14 chorych w 6 przypadkach nie uzyskano żadnego rezultatu, w 6 — wyniki nie przewyższały leczenia zwykłego, w 3 skutek korzystny, a w 2 dobre wyniki. W stanie padaczkowym na 3 przypadki 2 wyniki pomyślne. W przypadkach podniecenia i zmian charakteru stwierdzili u jednego chorego znaczną poprawę, u innego lekką, a w 2 przypadkach brak pomyślnych wyników. Ostatecznym wnioskiem, wynikającym z pracy autorów, jest zalecanie acetylocholiny w przypadkach stanu epileptycznego i zmian charakteru z chorobliwą impulsywnością.

Marinesco i Facon, badając porównawczo metodę Roemera leczenia atropiną parkinsonizmu pośpiączkowego i t. zw. kurację bułgarską (odwar 5% belladony w białym winie), polecaną przez Ferraniniego i Panegrossiego, nie widzieli wyników lepszych przy stosowaniu tej ostatniej. Przeciw „kuracji bułgarskiej” przemawia częste występowanie zmian psychicznych (splątanie).

Kilka uwag o leczeniu utraty apetytu, pochodzenia psychicznego. (Quelques considérations sur le traitement des anorexies mentales). Noël Péron.

Bulletin Géneral de Thérapeutique. N 8. 1936.

Utrata apetytu, pochodzenia psychicznego, wyodrębniona przez Solliera w 1895, jest cierpieniem częstym. Występuje głównie u dziewcząt i młodych kobiet, obarczonych psychopatią. Bardzo często obserwuje się u nich zaburzenia ze strony przewodu pokarmowego (aerofagię, stany skurczowe jelit i t. p.). Na tym podłożu uspasabiającym szereg najrozmaitszych przyczyn prowokuje wystąpienie stopniowo zaburzeń w odżywianiu (przykre wzruszenia, nieostrożne wypowiedzi lekarzy i t. d.). Zbyt pochopnie zalecona ścisła dieta jest punktem krystalizacyjnym dla całego zespołu objawów. Waga zaczyna spadać, rodzina niepokoi się, na chorejześrodkowuje się uwaga otoczenia. W kilka miesięcy obraz choroby rozwija się w całej pełni. Znaczne wyniszczenie, wymioty, uporczywe zaparcie współistnieje z paradoksalnie wzmożoną aktywnością chorej, pozornie obojętnej na swój stan. Przy braku leczenia lub przy niewłaściwym, choroba kończy się śmiercią wskutek wyniszczenia lub najczęściej przyłączającej się gruźlicy..

Najwłaściwszym sposobem postępowania jest odosobnienie chorej i wznowienie normalnego odżywiania się. Czasami nie można się obejść bez zgłębnika; początkowo podaje się mleko, następnie szybko urozmaica się pokarmy, dodając dużo owoców. Wreszcie przechodzi się do zwykłego obfitego pożywienia. Kresem leczenia jest osiągnięcie przybytku na wadze równego w kilogramach przynajmniej połowie utraconej od początku choroby. Niezbędna jest psychoterapia dla wykrycia przyczyn choroby i utrwalenia osiągniętych wyników.

Z. Kuligowski.

CHIRURGIA.

Wskazania do operacyjnego leczenia żółtaczki hemolitycznej i jego wyniki. (Traitement chirurgical de l'ictere hémolitique). R. Grégoire.

La Presse Méd. Grudzień 1936.

Patogeneza żółtaczki hemolitycznej, którą należałoby raczej nazywać chorobą hemolityczną, pozostaje ciągle jeszcze ciemną. Główną rolę gra tutaj niewątpliwie śledziona, której zdolność niszczenia czerwonych ciałek krwi jest dowiedziona. Pierwotnie myślano, że istotną przyczyną choroby jest nadmierne nasilenie tej destrukcyjnej czynności śledziony, obecnie przyczynę choroby widzi się raczej w pierwotnym schorzeniu samych krwinek czerwonych (wrodzona dystrofia organów krwiotwórczych). W każdym razie czynna rola, jaką gra śledziona w mechanizmie chorobotwórczym

choroby hemolitycznej przez nikogo nie jest poddawana w wątpliwość. Rola ta znajduje swoje potwierdzenie w wyniku leczniczym wycięcia śledziony w przypadkach choroby hemolitycznej, które w pewnych okresach tej choroby jest jedynym środkiem chroniącym chorego od śmierci.

Choroba hemolityczna występuje zasadniczo u osobników młodych. 17 przypadków spostrzeganych przez autora było w wieku od 10 — 41 lat.

Choroba przebiega z początku skrycie, zwłaszcza w dzieciństwie, i dopiero z biegiem lat powoduje ciężkie stany przewlekłej niedokrwistości, zaburzenia serca, wzroku, zaburzenia w rozwoju ogólnym itp. Liczba czerwonych ciałek krwi spada do 1 miliona i niżej. Stan ogólnego osłabienia czyni chorych niezdolnymi do jakiegokolwiek wysiłku mięśniowego, stany przeziębienia lub też przelotnego zakażenia miejscowego lub ogólnego powodują nagłe pogorszenie i gwałtowne nasilenie się objawów niedokrwistości. Jeśli chodzi o objawy bólowe, to objawy te dotyczą rzadziej obrzmiałej śledziony, o wiele zaś częściej dotyczą dróg żółciowych (kolka żółciowa).

Przechodząc do wskazań do operacji w przebiegu choroby hemolitycznej, należy ogólnie zaznaczyć, że poza przypadkami lekkimi, w których zwykle wystarcza zastosowanie leczenia farmakologicznego, to we wszystkich pozostałych postaciach tej choroby wskazane jest operacyjne wycięcie śledziony, jako jedyny środek zapewniający trwały wynik leczniczy. Operację należy wykonywać stosunkowo wcześnie, zanim wystąpią w organizmie zmiany chorobowe nieodwracalne. (U dzieci — poważne zaburzenia rozwoju fizycznego i intelektualnego, u dorosłych — objawy niedokrwistości i zaburzenia ze strony śledziony i wątroby). Operacji nie należy wykonywać w stanach nagłego pogorszenia i bezpośrednio po znacznym nasileniu się niedokrwistości. W przypadkach tych należy chorych do operacji odpowiednio przygotować, t. j. poprawić stan ogólny; dzielnym środkiem będzie tutaj przetaczanie krwi, jakkolwiek należy zaznaczyć, że zabieg ten u chorych na chorobę hemolityczną nie zawsze jest zabiegiem bezpiecznym. Widywano tutaj po przetoczeniu krwi nagłe zejścia śmiertelne.

Sama operacja jest na ogół zabiegiem niegroźnym dla życia chorego (nawet u małych dzieci), gdyż daje zaledwie parę procent śmiertelności pooperacyjnej. Jeśli chodzi o późniejsze wyniki pooperacyjne to zależą one od tego w jakim okresie choroby została operacja dokonana. Operacja dokonana we wczesnym okresie daje szybką i trwałą poprawę pod każdym względem, wyrównuje się rozwój fizyczny i umysłowy dzieci, znika żółtaczka, ustępują objawy niedokrwistości (często całkowite).

Jeśli operacja była wykonana w późniejszym okresie choroby, kiedy powstały już pewne zmiany chorobowe nieodwracalne, wówczas poprawa pooperacyjna bywa niecałkowita i nie zawsze trwała. Należy się liczyć u tego rodzaju chorych z możliwością pogorszenia lub nawrotu choroby.

Nawykowe zwichnięcie kręgu t. zw. kręgozmyk. (La spondylolisthésis). M. Guilleminet.
Revue d'Orthopédie t. 23. N 5, 1936.

Nawykowe zwichnięcie kręgu zachodzi zwykle na wysokości 5. kręgu lędźwiowego, który przesuwa się w stosunku do kości krzyżowej. Jest to cierpienie, rozwijające się najczęściej samoistnie u osobników z wrodzoną wadą rozwojową w zakresie tego kręgu. Kręg V lędźwiowy zsuwa się w kierunku ku przodowi po I kręgu kości krzyżowej

rzadko jednak z całej jego powierzchni, chociaż notowano przypadki, gdzie wystąpiło nawet opadnięcie tego kręgu przed kość krzyżową. Trzon kręgu pod wpływem zmienionych warunków statycznych przybiera formę klina; część przednia jest wyższa, tylna spłaszczona, często też następuje zrost kostny między tak zmienionym kręgiem a przednią powierzchnią kości krzyżowej. Łuk kręgowy wydłuża się, kanał kręgowy staje się owalnym. Zmienione są również wyrostki stawowe dolne kręgu, gdy bowiem w normalnych warunkach są dobrze dopasowane i łączą się ściśle z wyrostkami stawowymi górnymi kości krzyżowej, w przypadkach kręgozmyku są one albo znacznie powiększone, kształtów nieregularnych, zmienione zapalnie, albo nadmiernie spłaszczone i odwapnione. Spotyka się też w dużej liczbie przypadków tego rodzaju rozdwojenie wyrostka kolczystego V kręgu lędźwiowego, a także skośną szczelinę jedno lub dwustronną kręgu znajdującą się na wysokości wyrostków stawowych i w przypadkach dwustronności dzielącą krąg na 2 części: przednio-górną składającą się z trzonu, wyrostków stawowych górnych i wyrostków poprzecznych kręgu, tylnodolną — z łuku kręgowego i wyrostków stawowych dolnych. Wszystkie zmiany anatomiczne przemawiają za tym, że przyczyną powstania kręgozmyku są wrodzone anomalie rozwojowe, jeśli zaś spotyka się je jako następstwa pourazowe należy przypuszczać, że istniały już poprzednio zmiany usposabiające do tego rodzaju zwichnięcia.

Objawy kliniczne kręgozmyku występują bądź to po wypadku, np. po upadku z wysokości, przy podnoszeniu na plecach nadmiernego ciężaru, po silnym potłuczeniu, lub narastały zwolna niepostrzeżenie bez jakiejkolwiej przyczyny z zewnątrz. Pierwszym objawem kręgozmyku są bóle w okolicy lędźwiowo - krzyżowej promieniujące bądź to do pośladków i tylnej powierzchni ud, bądź też do brzucha i miednicy, o charakterze neuralgicznym, wzmacniające się w pozycji stojącej, nie ustępujące jednak przy zmianie pozycji, utrudniające z czasem chodzenie. Objawy porażenia nerwów występują rzadko.

Przedmiotowo stwierdza się: 1) skrócenie wysokości tułowia, przy czym tułów robi wrażenie wstawionego w miednicę tak, że na wysokości talerzy biodrowych po bokach tworzą się grube fałdy skórne, a kończyny górne wydają się być znacznie wydłużone; 2) ostre załamanie kręgosłupa w części lędźwiowo - krzyżowej z wystającą ku tyłowi kością krzyżową. Często przez powłoki lub badaniem przez pochwę wyczuć można zwichnięty i wystający ku przodowi trzon kręgu V.

Rozpoznanie ustala tu zdjęcie rentgenowskie kręgosłupa wykonane w różnych pozycjach chorego z kilku stron.

Leczenie tego rodzaju przypadków może być zachowawcze i operacyjne. Wskazania do zabiegu operacyjnego ogranicza przede wszystkim wiek i ogólny stan chorego, oraz stopień ciężkości objawów. Wczesne i wykazujące brak postępu choroby okresy z niewielkim przemieszczeniem kręgu bez objawów bólowych nie wymagają zabiegu i mogą być leczone unieruchomieniem, diatermią, promieniami X — wszystkimi rodzajami leczenia zachowawczego. Objawy bólowe natomiast unieruchomiające nieraz prawie całkowicie chorego dają bezwzględne wskazania do operacji.

Leczenie operacyjne ma tutaj na celu unieruchomienie V kręgu lędźwiowego w stosunku do kości krzyżowej za pomocą przeszczepów kostnych. Albee łączy podłużnym przeszczepem kostnym wyrostki kolczyste kręgu V i kręgów sąsiednich; Sahnon i Coutiadès umieszczają po jednym przeszczepie kostnym po obu stronach wyrostków kolczystych. Capener stosuje 2 metody operacyjne: jedna polega na umieszczeniu 2 przeszczepów biegnących poziomo od wyrostków stawowych tylnych do trzonu kręgu; druga — na otwarciu jamy brzusznej i połączeniu przeszczepem trzonu V kręgu lędźwiowego z przednią powierzchnią kości krzyżowej. Wreszcie Campbell, Lance i Aurousseau w mało różniący się od siebie sposób łączą wyrostki poprzeczne V kręgu lędźwiowego z talerzem kości biodrowej przeszczepem z grzebienia tejże kości.

Każdy z tego rodzaju zabiegów daje pewien procent wyników dobrych. Najmniej polecany przez autora jest sposób operacji przez jamę brzuszną, najwięcej — sposób ostatni. Każdą operację uzupełnia unieruchomienie całego kręgosłupa w opatrunku gipsowym.

Przyczynek do odległych wyników wycięcia wyrostka robaczkowego w przypadkach przewlekłego jego zapalenia. (A propos des suites éloignées de certaines appendicectomies pour appendicite chronique). M. Thévenard.

Bull. et Mem. de la Soc. des Chir. de Paris, maj 1936.

W dużej liczbie tego rodzaju przypadków operacja wycięcia wyrostka robaczkowego nie tylko nie sprowadza jakiejś wyraźnej i trwałej poprawy, ale przeciwnie do dolegliwości starych dodaje jeszcze czasami nowe. Przyczyna tego stanu rzeczy bywa dwojaka.

W niektórych przypadkach w czasie operacji nie zrewidowano dokładnie okolicy zainteresowanej (winne tu są często małe cięcia kosmetyczne powłok!); nie zauważono bądź to zaburzeń rozwojowych otrzewnej i okrężnicy, jak np. pasmo Lane'a, błona Jacksona, nadmiernie ruchoma wstępnica itp., bądź też stanów zapalnych okrężnicy, sieci itp. Nie uwzględnienie w czasie operacji powyższych zmian i ograniczenie się jedynie do wycięcia wyrostka robaczkowego, nawet wówczas kiedy rzeczywiście był zmieniony zapalnie jest przyczyną tego, że po operacji cały szereg dolegliwości utrzymuje się w dalszym ciągu, a nawet może dojść do napadu ostrej niedrożności kiszek.

W innych znowuż przypadkach, w których w następstwie długo utrzymującego się zapalenia wyrostka robaczkowego doszło do rozległego zapalenia naczyń chłonnych wstępnicy i zbliznowacenia jej ściany, leczenie nie może się ograniczyć tylko do wycięcia wyrostka robaczkowego i musi być uzupełnione w okresie pooperacyjnym zastosowaniem odpowiedniego leczenia farmakologicznego i fizykalnego, mającego na celu zwalczenie zakażenia i zapalenia naczyń i mieszków chłonnych prawej części okrężnicy.

W przeciwnym razie chory po operacji będzie się czuł w dalszym ciągu chorym i będzie czuł słuszny żal do leczącego go lekarza. W pewnej jednakże liczbie przypadków, w których pooperacyjne leczenie fizykalne nie da wyniku ze względu na zbyt daleko posunięte zmiany w okrężnicy pozostanie tylko jeden środek, t. j. wycięcie operacyjne całej wstępnicy. *J. Czyżewska.*

ORTOPEDIA.

Wessanie się martwaka kostnego pod wpływem leczenia szczepionką. (La resorption d'une sequestre d'ostéomylite par la vaccinothérapie). Chakiri Munir.

Revue d'orthopédie N 1. 1937.

Autorzy chętnie stosują wstrzykiwania propidonu w przypadkach ostrego i podostrego zapalenia szpiku kostnego. Na podstawie 12-letniego doświadczenia twierdzą oni, że środek ten jest bardzo skuteczny zarówno u chorych, poddanych operacji, jak też u chorych leczonych zachowawczo. W wielu razach stosowanie propidonu pozwala uniknąć zabiegu krwawego, względnie upoważnia zabieg taki odłożyć bez szkody dla chorego.

Powyższe poglądy, jak wiadomo, podzielane są przez wielu chirurgów, nie dają więc zasadniczo nic nowego. Zainteresowanie wzbudza natomiast spostrzegany przez autorów przypadek, gdzie pod wpływem leczenia propidonem uległ wessaniu wykształcony już martwak kostny. Chodziło o chłopca 6 letniego, u którego wystąpiły typowe objawy zapalenia szpiku kości piętowej. Chory był w ciągu 10 tygodni leczony zachowawczo, objawy chorobowe jednak nie ustępowały, t^0 przekraczała 38^0, a badanie promieniami Rentgena wykazało wytworzenie się dużego martwaka w tylnej części kości piętowej. Po kilkukrotnym wstrzyknięciu propidonu, po pół ampułki co kilka dni, objawy złagodniały, wreszcie cofnęły się całkowicie, a badanie Roentgenem wykazało całkowite wessanie się martwaka.

Trzy przypadki zwichnięcia w stawie skokowym bez złamania. (Trois cas de luxations tibio-tarsiennes sans fracture). Padovani i Judet.

Revue d'orthopedie N 1. 1937.

Zwichnięcia w stawie skokowym w czystej postaci bez jednoczesnego złamania kości podudzia widuje się wyjątkowo rzadko. Na ich powstawanie wpływać muszą szczególnie okoliczności, z których najważniejszą jest być może nadmierna rozciągliwość aparatu wiązadłowego. Bądź co bądź uraz, wywołujący omawiane zwichnięcia, bywa z reguły bardzo znaczny, tak iż zazwyczaj chodzi o zwichnięcia otwarte.

Spostrzegano następujące postaci zwichnięć w stawie skokowym bez jednoczesnego złamania kości podudzia: 1) zwichnięcie stopy do tyłu, 2) zwichnięcie dośrodkowe, 3) zwichnięcie do przodu i 4) zwichnięcie boczne.

Z 3 przypadków, opisanych przez autorów, jeden wypadało zaliczyć do postaci pierwszej, dwa zaś pozostaje do postaci trzeciej. W dwóch przypadkach, poddanych zabiegowi natychmiast po urazie, brzegi rany wycięto, zwichnięcie nastawiono i ranę zaszyto całkowicie. W jednym przypadku, gdzie chorego dostarczono chirurgowi dopiero w kilka godzin po wypadku i gdzie nastawienie zwichnięcia przedstawiało duże trudności, wycięto kość skokową, a ranę sączkowano. We wszystkich przypadkach na chorą kończynę po zabiegu zakładano opatrunek gipsowy.

W sprawie leczenia ostrego zapalenia szpiku kostnego. (A propos du traitement de l'osteomyélite aiguë). Hamant-Grumillier.

Revue médicale de Nancy. Wrzesień 1936.

Autor uważa, że otwarcie operacyjne ogniska chorobowego w kości wskazane bywa jedynie w tych przypadkach ostrego zapalenia szpiku kostnego, gdzie sprawa z kości przeszła na tkanki miękkie, do stawu, albo powoduje zakażenie ogólne. W przypadkach innych, zwłaszcza na samym początku cierpienia, stosować należy postępowanie wyczekujące, unieruchomienie oraz anatoksynę gronkowcową. W trzech opisanych przez autora przypadkach leczenie zachowawcze dało wynik doskonały.

Wyniki odległe i następstwa zwichnięć urazowych w stawie biodrowym. (Les séquelles et résultats éloignés des luxations traumatiques de la hanche). Massart i Vidal-Naquet.

Bull et mémoires de la S-té chirurg. de Paris. Lipiec 1936.

Odległe wyniki nastawionych niekrwawo zwichnięć urazowych w stawie biodrowym przedstawiają się o wiele mniej pomyślnie, niż się to ogólnie przypuszcza. Nierzadko bowiem występuje w następstwie zesztywnienie stawu, widuje się również niekiedy po upływie dłuższego czasu zmiany w stawie typu zapalenia zniekształcającego.

Odległe wyniki usztywnienia stawu biodrowego u dzieci. (Resultats éloignés d'arthrodèse de hanche chez l'enfant). Richard i Graffin.

Mémoires de l'Académie de chirurgie. Maj 1936. T. 62.

Usztywnienie stawu biodrowego u dzieci w przypadkach gruźlicy daje wyniki bardzo zachęcające, ale tylko w pewnych określonych przypadkach. Liczyć się należy z tym, że w ostrych okresach sprawy, operacja ta przedstawia duże ryzyko, ponieważ grozi otwarciem ogniska chorobowego czynnego, nie zabezpiecza przy tym przed złym ustawieniem kończyny w przyszłości. Usztywnienie w stawie biodrowym jest najbardziej wskazane tam, gdzie mimo unieruchomienia kończyny, zniszczenie panewki postępuje, jak również w późnych okresach sprawy chorobowej, a to dla opanowania bólów albo dla zabezpieczenia chorego, przed zaostrzeniem się objawów.

Nadwichnięcie dolnej nasady kości łokciowej ku przodowi. (Subluxation de l'extrémité inferieure du cubitus en avant). Dor J.

Mémoires de l'Academie de chirurgie. Lipiec 1936. T. 62.

W opisanym przypadku nadwichnięcie dolnej nasady kości łokciowej ku przodowi towarzyszyło złamaniu typowemu kości promieniowej. Złamanie zrosło się przy wadliwym ustawieniu odłamów. W wyniku czynność dłoni uległa wybitnemu upośledzeniu, a co gorsza, wystąpiły w niej zaburzenia troficzne silnego stopnia. Obłupienie tętnicy ramieniowej nie dało oczekiwanej poprawy, wobec czego wykonano rezekcję dolnej nasady kości łokciowej sposobem Bary. Czynność kończyny powróciła prawie całkowicie.

Operacje Becka i Jaboulay-Leriche'a w leczeniu opóźnionego zrastania się kości i stawów rzekomych. (Opérations de Beck et de Jaboulay-Leriche appliquées aux cas de consolidation lente et de pseudarthrose). E p s t e i n.

Journ. de chirurgie. T. 48 s. 34. 1936.

Operacja B e c k a polega jak wiadomo, na prześwidrowaniu szeregu wąskich kanałów przez końce odłamów i łączącą je niekostniejącą blizną. W przypadkach, gdzie chodzi o kość leżącą powierzchownie, jak np. kość piszczelową, do zabiegu wystarczają niewielkie nacięcia skóry. Jeżeli natomiast zabieg jest skierowany na ognisko złamania kości pokrytej warstwą mięśni, np. kości ramieniowej, należy uprzednio kość obnażyć operacyjnie. Opierając się na własnym doświadczeniu, sądzą autorzy, że operacja B e c k a bywa korzystna zarówno w przypadkach opóźnionego zrostu odłamów, jak również w przypadkach stawu wrzekomego. Warunkiem powodzenia jest prawidłowe ustawienie odłamów; w razie rozejścia się odłamów operacja ta jest przeciwskazana.

Operacja J a b o u l a y - L e r i c h e'a polegająca na obłupieniu tętnicy, przedstawia większą wartość leczniczą w przypadkach opóźnionego zrostu, niż w przypadkach stawu rzekomego. Autorzy chętnie stosują oba zabiegi jednocześnie, otrzymując przy tym bardzo zachęcające wyniki. *Ostrowski.*

CHOROBY OCZU.

Okulistyka w 1936 roku. (L'ophtalmologie en 1936). G. C o u s i n.

Paris medical Nr. 36.

Na wstępie autor omawia pracę zbiorową T e r r i e n a, V e i l a i D o l l f u s a o odwarstwieniu siatkówki i leczeniu tegoż (Masson et C-ie, éditeurs). Na podstawie materiału wynoszącego ponad 200 przypadków, operowanych w szpitalu Hôtel Dieu oraz prywatnie, autorzy, wypróbowawszy po kolei różne sposoby operacyjne, dzielą się z czytelnikami zdobytym doświadczeniem.

Termo - punkcja P o n i n a, która jest podstawą wszystkich używanych zabiegów, znajduje dotychczas zostosowanie w wypadkach, gdy przedarcie jest małe, pojedyńcze i w odległości od rąbka nie mniejszej niż 16 lub 17 milimetrów.

Galwano - kauteryzacja, kauteryzacja chemiczna, kryo lub diatermo - koagulacja znajdują zastosowanie, gdy powierzchnia działania jest bardziej rozległą; w każdym razie powyższe sposoby nie wymagają wykonania tak dokładnego (jak termo - punkcja P o n i n a), pozwalają jednak działać podczas jednego seansu operacyjnego na różne odcinki siatkówki (gdy liczne przedarcia są rozrzucone), lub na jej rozległy odcinek (gdy przedarcie jest długie lub położone w okolicy rąbka zębatego).

Stosując galwano - kauteryzację ponad naczyniówkową autorzy otrzymywali 58% pomyślnych wyników; przy pomocy kauteryzacji przynaczyniówkowej (juxta - choroïdienne) — 60%. Przy mikro - koagulacji przedziurawiającej statystyka wyzdrowień równa jest 55%. Diatermo - koagulacja (wraz z przyrządem C o p p e z a) połączona z mikro - koagulacją dziurawiącą daje 58% wyzdrowień.

Należy podkreślić z punktu widzenia rokowania ważność odkładania się barwika w bliznach pooperacyjnych naczyniówkowo - siatkówkowych: im wcześniej pojawia się barwik, tym trwalszą jest blizna. Dlatego też termiczne sposoby operowania zdają się być lepsze, niż diatermo-koagulacja.

Przedni odcinek.

M a g i t o t, T i l l é i D u b o i s - P o u l s e n dzielą zapalenia rogówki pochodzenia nosowego w sposób następujący: 1) zapalenia pryszczykowe rogówki i spojówki dziecka i dorosłego, 2) podnabłonkowe zapalenia rogówki i spojówki dorosłego, 3) zapalenia rogówki, towarzyszące nieżytom grudkowym spojówki pochodzenia nosowego.

W pierwszej grupie schorzenia nosa występują przede wszystkim jako ognisko istoty zakaźnej podłoża. W drugiej grupie schorzenia nosa działają drażniąco za pośrednictwem gałązek nerwowych.

Grupa trzecia jest przejściem między I i II-gą: działanie ogniskowe jest połączone ze zmianami nerwowymi.

Stwierdzając zapalenie rogówki zawsze należy zbadać nos i w razie choroby — leczyć.

U dzieci, przy stwierdzeniu wyrośli adenoidalnych, należy je usunąć.

U dorosłych wkraplanie kokainy, lub argenti nitrici może dać wskazanie odnośnie pochodzenia schorzenia. Jednakże, aby poprawa była trwałą, potrzebne jest całkowite leczenie rinologiczne.

T o u l a n d i M o r a r d dają opis przypadku z a p a l e n i a j a g o d ó w k i i g r u c z o ł ó w p r z y u s z n y c h (uveoparotitis), zespołu, którego opis dał w 1909 roku H e e r f o r d t.

Poszczególne elementy w. w. zespołu są:

a) przerost gruczołów przyusznych, zawsze obustronny, niejednokrotnie umiarkowany, czasami zaledwie widoczny ,nigdy nie ropiejący, najzupełniej nie bolesny, nie wpływający na wydzielanie śliny.

b) Objawy oczne, polegające przede wszystkim na obustronnym zapaleniu tęczówki i ciałka rzęskowego, rzadziej nerwu wzrokowego, na wynaczynieniach siatkówkowych, obrzęku tarczy nerwu wzrokowego, na zapaleniu naczyniówki i siatkówki.

c) Podwyższenie ciepłoty (objaw nie stały) dochodzące do 37,5° — 38°.

d) Porażenia, mogące objąć najrozmaitsze nerwy.

Najczęstszym jest porażenie nerwu twarzowego, obustronne, zawsze obwodowe, częściowo zupełne, częściowo dolne.

Porażenie może również objąć nerw słuchowy (głuchota), muskulaturę wewnętrzną oka, sprowadzającą niedowład lub zniesienie odruchów źrenicznych.

Były obserwowane: niestrawność, częściowe porażenie krtani,jak również zniesienie odruchów kolanowych, Achillesa, porażenie kończyn dolnych.

Jako objaw towarzyszący można było obserwować przerost innych gruczołów łzowych, podszczękowych, spojówkowych, różnego rodzaju schorzenia.

Rozwój schorzenia jest podostry lub przewlekły: trwałość waha się od 6 do 34 miesięcy i dzieli się na 4 okresy:

Okres I zwiastunów charakteryzuje się objawami ogólnymi, trwającymi kilka tygodni lub miesięcy, jak upadek sił, senność, mdłości, schorzenia przewodu pokarmowego, bóle głowy.

Okres II rozwoju choroby może rozpocząć się przerostem gruczołów przyusznych, zapaleniem tęczówki i ciałka rzęskowego, porażeniem nerwu twarzowego.

Okres III rozwoju choroby znamionuje współczesność istnienia zapalenia jagodówki i przerostu gruczołu przyusznego. Trwa on od 15 dni do 1 roku.

Okres IV — cofania się objawów. Obrzmienie gruczołów przyusznych zmniejsza się powoli, jak również zapalenia oczne, pozostawiając zrosty i wysięk.

Zejście śmiertelne obserwowano w 2 wypadkach.

Liczne hipotezy próbowały wyjaśnić istotę patogenezy zespołu Heerfordta; obecnie nie wydaje się, aby był on pochodzenia gruźliczego, raczej, jak przypuszczają Merril i Oaks, opisane wyżej objawy wywołuje nieznany bliżej, specjalny virus.

Tylny odcinek.

Bonnet i Panfigue na przypadku periphlebitis tuberculosa retinae zastanawiają się nad stosunkiem wyż. wspomnianego zapalenia do t. zw. młodzieńczych nawrotowych krwotoków do szklistki.

U 23-letniego mężczyzny ze stwierdzoną gruźlicą, leczonego w sanatorium, nosiciela wtórnego ropnego wysięku po odmie, który zwrócił się do autorów z powodu utraty wzroku oka praw., stwierdzono wtórne organizowanie się szklistki po krwotoku do t. o. Dno oka lew. nie zmienione.

Jednakże po rozszerzeniu źrenicy stwierdzono daleko posunięte zmiany naczyniowe: końcowa gałązka dolnej żyły skroniowej była rozszerzona w kształcie rogu obfitości i dotykała do krwawej plamy, znajdującej się przed siatkówką. Można było przypuszczać, że krew sączy się poprzez ścianę naczynia i że przygotowuje się krwotok do szklistki.

Badania następne pozwoliły stwierdzić zmiany zachodzące w wyż. opisanym przedsiatkówkowym ognisku krwotocznym i obserwować poza tym dalego od niego w żyłach końcowych siatkówki zmiany opisane przez Axenfelda i Slockn, następnie przez Fleischera pod nazwą: periphlebitis tubercul. juv.

Po kilku dniach krwotok do szklistki całkowicie zakrył obserwowane zmiany.

Genet opisuje przypadki przedarcia siatkówki bez odwarstwienia.

W jednym z przypadków chodziło o rozległe wynaczynienia do szklistki, w innym o przedarcie pourazowe, wywołane przez ciało obce, przenikłe do gałki. W jednym przypadku operowanego pomyślnie odwarstwienia siatkówki, przedarcie pozostało widoczne i było otoczone zrostem siatkówki z naczyniówką.

J. François podaje 2 przypadki starczego wysiękowego zwyrodnienia plamki żółtej, z których 1 jest szczególnie pouczający. Zmiany oczne były obserwowane na samym początku schorzenia przed pojawieniem się jakichkolwiek zmian podmiotowych: na poziomie plamki żółtej widoczne były maleńkie wynaczynienia.

Schorzenie było obserwowane w ciągu długiego czasu i można było stwierdzić zmienność obrazu klinicznego, który został powikłany przez zwyrodnienie okrężne siatkówki.

Chodziło tu zapewne o 2 różne objawy jednego i tego samego schorzenia naczyniowego, na co wskazywały objawy takie jak liczne wynaczynienia, ogólna miażdżyca, pod lub nadciśnienie względne tętnicy siatkówkowej, nad lub podciśnienie tętnicy ramieniowej krążenia obwodowego, dodatni objaw opaskowy.

Pięć spostrzeżeń uszkodzeń urazowych plamki (Coutela, Lagrange i Bonhomme) poucza o najmniejszej odporności maculae luteae na uraz, nawet w wypadku działania urazu na gałkę oczną nie z bezpośredniej bliskości.

Uderzenia takie powodują wibracyjne wstrząśnienia zawartości oczodołu za pośrednictwem fossae et fissurae pterygo - maxillaris. Oko jest unoszone, potrząsane, tylny biegun jest targany i tam też umiejscawia się rezultat urazu. Czasami ginie widzenie środkowe, jakkolwiek plamka nie wykazuje zmian widocznych.

Przydatki oka.

Varicocele oczodołu (Hippert) objawia się wytrzeszczem przestankowym, pojawiającym się przy pochyleniu głowy ku przodowi i znikającym przy powrocie do postawy normalnej.

Etiologicznie jest to cierpienie wieku średniego, dotyczące częściej mężczyzn, niż kobiet, umiejscowione przeważnie w lewym oczodole.

Należy podkreślić, że w większości obserwacji braknie czynnika urazu.

Pojawienie się wytrzeszczu jest niejednokrotnie nagłe w związku np. z nadmiernym wysiłkiem. Nagół choroba rozwija się powoli. W okresie rozwoju dominującym objawem jest wytrzeszcz, pojawiający się przy pochyleniu głowy ku przodowi.

Niejednokrotnie mogą istnieć żylakowate rozszerzenia w powiekach lub spojówce, jako objaw towarzyszący wytrzeszczowi. Ostrość wzroku w pozycji stojącej pozostaje niezmieniona, w czasie wytrzeszczu zmniejsza się wydatnie.

Badanie promieniami Roentgena w większości przypadków nic istotnego nie wnosi, czasami wykazuje po stronie chorej zmniejszenie fissurae sphenoidalis.

Napady wytrzeszczu naogół są niebolesne, czasami jednak można spotkać się ze skargami na ciśnienie w oku, strach, zawrót głowy, mdłości, senność.

Choroba pozostaje naogół niezmieniona w ciągu lat; czasami jednak objawy, powiększając się stopniowo, mogą spowodować powikłania, jak krwotoki do oczodołu, warunkujące stały wytrzeszcz, będący źródłem niebezpieczeństwa dla wzroku.

Rozpoznanie jest naogół nie trudne, rokowanie sprowadza się do wzroku i nie zawsze jest pomyślne, dojść bowiem może do niedowidzenia lub ślepoty, spowodowanych przez zanik nerwu

wzrokowego w następstwie krwotoku wewnątrz oczodołowego.

Leczenie sprowadza się wyłącznie do lekowego (chirurgicznie: niebezpieczeństwo embolii gazowej). Autor poleca zastrzyki zasklepiające chinino - uretanowe.

Rozszerzenie aneurysmomatyczne tętnicy ocznej, powoduje zwężenie pola widzenia o charakterze niedowidzenia połowiczego od góry. (Th. de Martel, J. François i J. Guillaume).

Przypadek dotyczy 38-letniej kobiety z polem widzenia oka praw. ścieśnionym od góry o charakterze niedowidzenia połowiczego postępującego, ze zniesieniem odruchów świetlnych i ruchowych w części chorej siatkówki, z lekkim nadciśnieniem płynu mózgowo - rdzeniowego. Ze względu na postępujące wzmożenie objawów wykonano zabieg wywiadowczy, który wykazał: w sąsiedztwie otworu dla nerwu wzrokowego przyciśnienie t. o. przez tętniak tętnicy ocznej, której objętość była dwukrotnie powiększona w porównaniu ze stanem normalnym.

Pierwotne ostre zapalenie szpiku kostnego kości oczodołu (Oufray i Munch) poprzedzało rozsiane zapalenie szpiku kostnego płaskich kości czaszki, które wywołało śmiertelne ogólne zakażenie gronkowcowe.

Rozsiane zapalenie szpiku kostnego płaskich kości czaszki jest na szczęście zjawiskiem rzadkim.

Przebieg jego jest wyjątkowo ciężki.

Gdy rozpoczyna się na poziomie kości czołowej, znajdujemy prawie zawsze jako przyczynę ropne zapalenie zatoki czołowej, spowodowane zapaleniem zatoki sitowej.

Łańcuszkowce nadają chorobie tempo szybko postępujące z końcem fatalnym, gronkowce odwrotnie znacznie łagodniejsze, choroba przez nie spowodowana może być samowyleczalna.

Zupełnie inaczej było w omawianym przypadku. Nasuwa się pytanie jak chory, będąc dalekim od zupełnego osłabienia i wyczerpania, wyglądający w pełni sił i jakoby zdolny do stawienia oporu nawet ciężkiemu zakażeniu, nie mógł się obronić przed rozszerzeniem się sprawy chorobowej.

Zespoły i objawy oczne.

Angioskotomy i krisalbina (Dubois).

Choroby uczu spowodowane stosowaniem lecznicym soli złota są dość rzadkie. Zaburzenia oczne obserwowane u sześciu chorych, leczonych krisalbiną pod wieloma względami przypominają podmiotowe objawy jaskry: koła tęczowe dokoła światła, uczucie mgły przed oczami, zwężenie pola widzenia, uczucie bolesnego gniecenia w oczach, szczególnie przy fiksowaniu.

Badanie okulistyczne w 5 przypadkach dało wynik ujemny, w jednym stwierdzono lekki nieżyt spojówek w połączeniu z powierzchownym dobrotliwym zapaleniem rogówki.

Badanie na mroczki wykazało zmiany we wszystkich 6 przypadkach. Plama Mariottea w 2 przypadkach była powiększona ku górze i ku dołowi przez szeroki mroczek okrężny dookoła punktu fiksacji.

Mroczek powyższy był względny w niektórych ze swych odcinków.

W 3 przypadkach plama Mariottea powiększona była od góry.

Tarcza zastoinowa w surowiczym zapaleniu mózgu (Terrien).

Autor wskazuje na 3 dominujące oczne momenty rozpoznawcze, właściwie dwa, gdyż III-ci nie jest stały, mianowicie: zmiany na dnie oka, zaburzenia wzroku, oraz zaburzenia ruchowe.

Zmiany na dnie oka, jak we wszystkich wypadkach z podwyższonym ciśnieniem śródczaszkowym, wyrażają się tarczą zastoinową, zawsze obustronną o pewnych właściwościach.

Jedną z tych właściwości jest wczesne pojawienie się tarczy zastoinowej, współczesne innym objawom nadciśnienia (w przeciwieństwie do tarczy zastoinowej w guzach mózgu, kiedy tarcza zastoinowa pojawia się późno, lub nie pojawia się wcale).

Następnie stałość objawu tarczy zastoinowej w surowiczym zapaleniu mózgu jest zadziwiająca, natomiast intensywność jej umiarkowana, zawsze mniej wyrażona, niż w guzach mózgu. Powikłania oczne zjawiają się wraz z silnymi bólami głowy, mdłościami, wymiotami — pierwszymi oznakami zwiększonego ciśnienia śródczaszkowego. Są one b. wczesne, dość silnie wyrażone, czasami dochodzące do ślepoty.

Nagłe zamglenia wzroku, trwające kilka sekund są szczególnie częste.

Pod wpływem leczenia (nakłucie lędźwiowe, czasem wystarczy zwykłe leczenie rtęcią i bismutem), powikłania oczne ulegają dość szybkiej poprawie, w każdym razie szybszej niż w wypadkach guzów mózgu.

Powikłania ruchowe znacznie rzadsze niż tarcza zastoinowa ,polegają na porażeniach mięśni, unerwionych przez nerwy ruchowe zewnętrzne, porażeniach krótkotrwałych i szybko przechodzących pod wpływem leczenia.

Należy jeszcze wspomnieć o możliwości istnienia zespołu przysadkowego, dokładnie zbadanego przez prof. Claude.

Rokowanie naogół jest dobre pod warunkiem wcześnie rozpoczętego leczenia.

Dzięki nakłuciom lędźwiowym samym, lub uzupełnianym przez czaszkowe operacje odciążające, można prawie zawsze osiągnąć wyzdrowienie i zapobiec zanikowi nerwu wzrokowego.

Nie należy zwlekać z interwencją nawet w wypadkach zupełnej ślepoty, gdyż, jak wykazały spostrzeżenia Perrin i Leriche trepanacja odciążająca może przywrócić wzrok niemal do poziomu przedchorobowego u osobnika, który w czasie surowiczego zapalenia mózgu prawie zupełnie utracił wzrok.

Rola witamin w chorobach oczu (Viallefont i Diacono).

Autorzy przypominają, że awitaminoza A powoduje dobrze znane schorzenia oczne. Zmiany przedmiotowe polegają na zeschnięciu spojówki (xerosis). Zmiany te można obserwować u osesków, u których suchość spojówek wyraża się plamkami Bitôt. Są to plamy w kształcie trójkątów, przypominające zgęszczoną piankę. Przy dalszym rozwoju cierpienia pojawia się suchość rogówki i następnie jej rozpłynięcie, po-

legające na całkowitym wyschnięciu, zamgleniu, owrzodzeniu i rozpadnięciu się.

Zaburzenia podmiotowe polegają na kurzej ślepocie (przy zetknięciu się z t. o. należy zawsze myśleć o awitaminozie, o ile hemeralopia nie jest wyrazem innych schorzeń ocznych, jak np. zwyrodnienie barwikowe siatkówki i t. d.).

Rozpoznanie jest łatwe, o ile jest xerosis, plamki B i t ô t, jak również zwężenie pola widzenia na kolor zielony i czerwony.

W czasie wojny obserwowano liczne wypadki kurzej ślepoty o charakterze epidemicznym. Badanie biomikroskopowe wykrywa w zaraniu choroby lekkie zamglenie rogówki, jak również punkcikowatą szarość jej warstw powierzchownych, wszystkie powyższe objawy znajdują się w części odnosowej na poziomie zetknięcia się powieki górnej i dolnej.

Obok schorzeń ocznych, wywołanych przez klasyczną awitaminozę, należy umieścić pewne objawy oczne, w których leczenie witaminami powoduje wydatne polepszenie lub wyzdrowienie.

Podawanie witamin ma wpływ dodatni przy leczeniu niektórych wrzodów rogówki, pryszczykowych zapaleń rogówki i spojówki, ran i blizen rogówkowych.

Awitaminoza C ma swój wyraz kliniczny w gnilcu, któremu naogół nie towarzyszą powikłania oczne. Jednakże, tak, jak w gnilcu dziecięcym spotykamy się z zespołem krwotocznym, to mając do czynienia z nawrotowymi krwotokami do szklistki, możnaby przypuścić brak witaminy C.

Stosowanie lecznicze powyższej witaminy w wypadku nawrotowych krwotoków do szklistki zasługuje zdaniem autora ze wszech miar na podkreślenie.

Możliwość odegrania przez witaminę C roli w powstawaniu i rozwoju zaćmy była w ostatnich czasach szeroko rozważana. Zdania są podzielone, według jednych brak witaminy C może odegrać rolę w powstawaniu zaćmy, według drugich omawiana witamina nie stoi w żadnym stosunku do zaćmy.

Rola nerwu sympatycznego w powstaniu keratitis neuroparalyticae (T h u r e l).

U pacjentki, u której wykonano neurotomię poza splotem G a s s e r a w maju 1930 r., pojawiły się różne objawy, stopniowo powiększające się pod względem natężenia i liczby.

W miesiąc po zabiegu zjawiły się nerwobóle twarzy, w sierpniu tegoż roku powtarzające się troficzne schorzenia skóry, nakoniec w grudniu 1931 r. keratitis neuroparalytica. Jest rzeczą logiczną odnosić do jednego i tego samego procesu fizjopatologicznego wszystkie powyższe objawy, związane z sobą i rozwijające się równolegle i przyjąć za przyczynę keratitis neuroparalyticae — tło limfatyczne.

Zapalenie rogówki pochodzenia limfatycznego pojawiło się dopiero po upływie miesiąca od wykonanego zabiegu (neurotomia). Początek keratitis herpeticae jest wcześniejszy: na 2. lub 3. dzień. Zwykłe zapalenie rogówki pourazowe lub zakaźne może się pojawić w dowolnym czasie trwania niewrażliwości rogówki, zwykle jest ono dość wczesne, pojawia się w ciągu 15 dni.

W o r m s dzieli się spostrzeżeniem nad z e s p o ł e m o c z n o - p r z y s a d k o w y m w n a s t ę p s t w i e r o p n e g o z a p a l e n i a z a t o k.

Długotrwałe zapalenie zatoki klinowej wywołało zmiany, dotyczące wzroku i spowodowało zaburzenia stanu ogólnego i odżywiania, stanowiące główne składniki — distrophiae adiposogenitalis. Ze względu na przewagę charakterystycznych dla guza przysadki objawów, można było a priori przypuszczać tumor hypophysae. Zespół wyż. opisany rozwijał się powoli i w sposób dość charakterystyczny, jednakże, badanie anatomiczne nie wykazało guza przysadki i zaniku nerwu wzrokowego ,wywołanego przez ucisk, było zaś następstwem zapalenia nerwu pochodzenia klinowego; zgrubienie opony mózgowej, sąsiadującej z zatoką zapalną, wyjaśniało sprawę dostatecznie.

Distrophia adiposo - genitalis była wyrazem reakcji przerostowej gruczołu zapalnego.

Jeśli chodzi o zapalenie zatoki klinowej, na które cierpiał pacjent, to przeszło ono w sposób niepostrzeżony.

Reasumując, przypadek powyższy jest przyczynkiem rozpoznawczym postaci pseudo - guza w reakcji zapalnej przysadki, wywołanej zapaleniem zatoki.

Objaw Argyll - Robertsona.

H e n r i L a g r a n g e i A n n e - M a r i e L a g r a n g e zajęli się zbadaniem objawu A r g y l l - R o b e r t s o n a. Na objaw powyższy składa się, ściśle mówiąc: a) znieczulenie odruchu źrenicznego na światło, niezależnie od stanu ruchów źrenicznych na nastawność i zbieżność, b) różnorakie zniekształcenia źrenic: wielkości i równości. Należy uwydatnić wartość rozpoznawczą zniesienia samego tylko odczynu źrenicznego od zespołu objawów, gdzie to zniesienie będzie miało wartość rozpoznawczą kiły nerwowej, pod warunkiem istnienia innych objawów kiły.

Objaw AR nie istnieje u ludzi zdrowych, ani też u starców zdrowych z myosis. W kile, bez względu na umiejscowienie i istotę schorzenia powodującego zepsucie się odczynu źrenicznego, należy przywiązać jaknajwiększą wagę do zespołu objawów niedomogi krwiobiegu, tak właściwego wiądowi rdzenia.

W tem cierpieniu zniesienie odczynu źrenicznego na światło może przyjąć różne postacie kliniczne: a) może współistnieć z objawami tak charakterystycznymi, że prawie natychmiast upewnia w rozpoznaniu kiły nerwowej, b) objawy mniej charakterystyczne, choć bardziej częste, prowadzą do diagnozy domniemanej kiły nerwowej. Cechy przyjęte zwykle za patognomoniczne dla kiły są: stałość, trwałość, niezmienność średnicy źrenic (bez względu na warunki oświetlenia), rozbieżność z ruchem nastawności i zbieżności, często obustronna w połączeniu z myosis, nierównością źrenic i ich zniekształceniem; w końcu może brakować odczynu źrenicznego na bólowe podrażnienie, oraz rozszerzenia po wkropleniu atropiny.

Samo zniesienie odruchu źrenicznego na światło w połączeniu z jego licznymi cechami stanowić będzie objaw AR czysty, którego procentowość jest niska przy kile nerwowej. Tak pojęty jest objawem rzadkim.

Do tego rzadkiego objawu można wcielić odosobnione zniesienie odczynu źrenicznego, lub też

w połączeniu: 1) z początkowym zanikiem nerwu wzrokowego, 2) częściowym porażeniem nerwu okoruchowego, bloczkowego lub odwodzącego, 3) zwykłą nierównością źrenic lub 4) inną oznaką kiły, wykrytej badaniem ogólnym, lub dodatnim odczynem Wassermanna.

Zniesienie odczynu źrenicznego na światło istnieje w 38,3% przypadków kiły nerwowej i przez to posiada dużą wartość rozpoznawczą w porównaniu z objawem A r g y l l - R o b e r t s o n a czystym — rzadkością kliniczną.

Poza kiłą, zniesienie odczynu źrenic na światło widzi się często. Ma ono znaczenie szczególnie ważne w nowotworach mózgu, przybiera wartość rozpoznawczą, dotyczącą umiejscowienia guza. Niebezpieczeństwo omyłki polega na nieumiejętności powiązania z przyczyną przyjęcia za oznakę kiły.

W nowotworach mózgu zniesienie odczynu źrenicznego na światło nie zawsze ma cechy trwałości, stałości i niezmienności,, tak charakterystycznych dla kiły. Zdarza się zauważyć pojawienie się zniesienia odczynu źrenicznego w sposób nagły, bywa ono krótkotrwałe, zmienne w natężeniu (1 dzień całkowite, 1 dzień częściowe), często jest jednostronne, często w towarzystwie mydriasis.

Może się cofać, zamiast być stałym. Może jednak mieć te same cechy co objaw AR czysty, a wtedy wywiady, badanie kliniczne i serologiczne nowotworu mózgu pomagają do jego oceny.

Zniesienie odczynu źrenicznego na światło może mieć znaczenie jako wskaźnik umiejscowienia przy diagnozie schorzeń mózgu w okolicy pedunculi cerebri. Może też być częścią objawów zakażeń systemu nerwowego np. przy półpaścu. Zdarza się widzieć go w urazach oczno - oczodołowych. Istnienie jego w t. o. wypadkach jest argumentem ważnym dla orzekających pochodzenie zewnętrzne przyczyny.

A n b a r e t, G. J a y l e opisują pod nazwą: p o r a ż e n i a c z y n n o ś c i j e d n e g o o k a różnorodne zaburzenia świadomej działalności ruchowej i automatycznej przedsionkowej w jednym lub kilku kierunkach spojrzenia ,jak również zaburzenia odnoszące się jednocześnie do obu.

Powikłania powyższe są spowodowane zmianami umiejscowionymi w okolicy jąder oczno - ruchowych.

Analogiczne zmiany pozwalają wytłomaczyć pewną ilość oczopląsów jednoocznych.

Lecznictwo oczne.

B a i l l i a r t i L o n g m e r podają w y n i k i p o o p e r a c j i c y k l o d i a l i z y w w y p a d k u j a s k r y p r z e w l e k ł e j.

W 156 przypadkach jaskry przewlekłej wykonano 122 sklero - iridektomie (L a g r a n g e i E l l i o t) i 34 cyklodializy.

Powstrzymanie obniżania się ostrości wzroku można było obserwować zarówno po jednej jak drugiej operacji. Po cyklodializie nie stwierdzono niezborności rogówkowej, tak częstej po trepanacji.

Spadek ciśnienia zauważono po obu zabiegach w stopniu jednakowym (87%). Gdzie zawiodła cykliodializa, trepanacja również nie polepszała sprawy.

Spadek ciśnienia śródgałkowego po oddzieleniu ciałka rzęskowego jest najczęściej nieznaczny lub słaby, osiąga swe maximum na 3-ci dzień po operacji i jest bardziej krótkotrwały, niż po trepanacji.

Wobec powyższego, zdaniem autorów, najbardziej wskazanym zabiegiem jest trepanacja L a g r a n g e a lub E l l i o t a.

Jednakże cyklodializa ma swe wskazanie: w wypadkach, gdy pole widzenia jest znacznie zwężone i zwężenie jest bliskie punktu fiksacji.

W rzadkich wypadkach, po wykonanej prawidłowo irydektomii stwierdzono dalsze zwężenie pola widzenia, zwężenie obejmujące punkt fiksacji.

Jako przyczynę powyższego należy przyjąć nagły spadek ciśnienia śródgałkowego (otwarcie przedniej komory!), powodujący zasklepienie niektórych naczyń.

V i l l a r d podkreśla n i e b e z p i e c z e ń s t w o w k r a p l a ń ś r o d k ó w ż r ą c y c h w l e c z e n i u s c h o r z e ń ł z o w y c h o ile przed wkraplaniem stosowano sondowanie, mogące uszkodzić drogi łzowe. W wypadku takim wkraplamy lek (arg. nitr., zinc. sulfuric., sublimat, alumen, plumbum acetic., ac. chromicum itd.), może przeniknąć do oczodołu powodując ciężkie powikłania, jak ropowicę oczodołu, śmiertelne zapalenie mózgu.

Dla uniknięcia powyższego należy wkraplać wyż. omawiane leki dopiero po uprzednim upewnieniu się w drożności dróg łzowych przy pomocy przestrzykiwania.

K a r b o l i z o w a n i e s p l o t u k l i n o w o - p o d n i e b n e g o z e w s k a z a ń o c z n y c h (C e r i s e, T h u r e l) ma na celu usunięcie jednego z objawów bólu nerwu współczulnego i jest wskazane we wszystkich stanach chorobowych, charakteryzujących się nadwrażliwością tegoż nerwu, jak: bóle nerwu współczulnego, zaburzenia wydzielnicze i naczynioruchowe, oraz zaburzenia troficzne. Wskazania w okulistyce są b. liczne: a) bóle współczulne połączone lub nie z objawami ocznymi (migrena, bolesny zespół oczno - nosowy przypisywany nerwowi nosowemu, bóle po herpes zoster), b) obrzęk powiek typu Q u i n c k e; napady łzawienia; nieżyty spojówek t. zw. anafilaktyczne, niektóre zapalenia spojówek o podłożu bakteryjnym, połączone z łzawieniem, c) owrzodzenia rogówki o przebiegu powolnym i nawrotowym; keratitis neuroparalytica, d) niektóre zapalenia twardówki, e) skurcze siatkówki w niektórych wypadkach zaników nerwów wzrokowych.

Zaburzenia gruczołów dokrewnych, szczególnie przysadki, w przypadkach nawrotowych krwotoków do szklistki. (J a n d e l i z e i D r o u e t).

Autorzy twierdzą, iż trudno zrozumieć krwotok naczyniowy bez uszkodzenia naczynia, uszkodzenia spowodowanego jakąkolwiek przyczyną: gruźlicą, syfilisem.W wypadku takim leczenie jest skierowane przeciwko przyczynie. Są jednak również reakcje gruczołowe. Jeśli np. przysadka oddziaływuje pierwotnie na taką lub inną przyczynę, wystarczy przy pomocy naświetlań wpłynąć hamująco na jej działalność, co z kolei wpłynie leczniczo na gruczoł tarczykowy, zajęty w tym wypadku wtórnie.

Jeśli przysadka oddziaływuje wtórnie, aktywowana niedomogą innych gruczołów, wydaje się logicznym naświetlać przysadkę, działając równocześnie na inne gruczoły przy pomocy opoterapii, co ma na celu powstrzymanie ich wpływu na przysadkę.

W każdym razie powyższy schemat leczniczy nie wydaje się jedynym.

Badanie działalności nerek wskazane w każdym przypadku.

S. Topolski.

CHOROBY UCHA, GARDŁA, NOSA.

Rozważania nad ropniem mózgowym. (Considerations sur les abscès encephaliques). J. Piquet i J. Minne.

Les Annales d'otolaryngologie 1936. N 10.

Praca opiera się na 22 przypadkach już to operowanych, już to tylko spostrzeganych i poddanych epikryzie sekcyjnej przez autorów. Szesnaście dotyczyło dużych półkul mózgowych i powstało w następstwie zajęcia zatok czołowych (3), zapalenia ropnego ucha środkowego (12) lub przerzutowo (1); sześć dotyczyły móżdżku: te były wszystkie otogenne. W sumie więc 18 ropni było pochodzenia usznego. Ten odsetek (ponad ¾) jest znacznie większy, niż u innych autorów (40 — 50%). Stosunkowo mały odsetek ropni móżdżkowych tłumaczy się wedle autorów przewagą dzieci w ich materiale. W przeciwieństwie do zapalenia opon ropień mózgowy poch. usznego zawsze jest poprzedzony ciężkimi zmianami w wyrostku sutkowym. Tylko 3 razy (na 12) sprawa uszna, dająca początek ropniowi mózgu była ostra, odnośnie do ropnia móżdżku — tylko raz (na 6).

Bakteriologia (i rodzaj prątka) pozostaje tylko w nieznacznym związku z szansą abscesu, w nieco większym — o czym później — z jego przebiegiem. Umiejscowienie ropni zgodnie z dawnymi statystykami okazuje bliskie sąsiedztwo z ogniskiem pierwotnym kostnym. Z reguły (o ile to można było stwierdzić) ropień wytwarza zrosty między oponą miękką a twardą (adhérences cortico - dure - mériennes). Gdy ropnie są wielokrotne, tkanka mózgowa międzyległa jest tylko pozornie prawidłowa, a w rzeczywistości nekrotyczna, albowiem ropnie wtórne powstają na drodze naczyniowej. Klinikę ropnia mózgowego ujmują autorzy w pewien system klasyfikacyjny. Autorzy rozróżniają ściśle ropień od rozlanego zapalenia (encephalitis diflusa purulenta), dla którego istnieją w piśmiennictwie różne synonimy: ropień ostry, ropień głęboki, ropień rozlany, ropień uchyłkowy (abscès diverticulaire). Ropień (w pojęciu autorów) dzieli się na ropień zwykły dobrotliwy (benigne), ograniczony (collectif), ropień złośliwy (nonbenigne) i wielokrotny (multiple). Podział ten ma też podkład anatomopatologiczny, albowiem pierwszy jest nie otorbiony (non encapsulé), drugi zaś jest otorbiony (encapsulé). Klinicznie ropień wielokrotny zbliża się do zapalenia rozlanego: obie postaci są ciężkie i dają liche rokowanie w przeciwieństwie do ropnia nie otorbionego i ograniczonego.

Przebieg 18 ropni mózgu powikłany był 3 razy zapaleniem opon; w przebiegu 6 ropni móżdżku przytrafiło się ono raz. Krwawienie do ropnia jest rzadkie. W symptomatologii ropnia mózgowego naczelne miejsce zajmuje ból głowy jako objaw wczesny i zrazu jednostronny; późniejszym objawem jest zahamowanie intelektualne w najróżniejszych stopniach i odcieniach aż do zamroczenia. Nagłe zaostrzenie się tego objawu jest bezwzględnym wskazaniem do operacji. Wymioty, zwolnienie tętna, sztywność karku i objaw Kerniga są objawami, dotyczącymi tylko pewnego odsetka przypadków. Płyn mózgo - rdzeniowy poza początkową jałowością nie okazuje żadnych cech bezwzględnie charakterystycznych dla ropnia mózgu. Obiawy na dnie oka, w źrenicach, oczopląs, ciepłota — mają również tylko względne znaczenie. Natomiast nagły silny podskok ciepłoty, jakkolwiek nie musi oznaczać rozpoczynającego się meningitu, jest zdaniem autorów bezwzględnym wskazaniem do niezwłocznej operacji.

„Ropnie ograniczone" autorów nie dawały ani razu obiawów ogniskowych, dawały je natomiast często ropnie rozlane i przerzutowe. Afazja na 16 ropni mózgu (z tych 11 po lewej stronie) spostrzegana była tylko raz.

Zasadniczo należy najprzód usunąć ropne ogniska kostne i poprzez tę drogę, odsłaniając szeroko oponę otworzyć (po uprzedniej punkcji próbnej) poprzez nią ropień mózgu. Rozcinanie opon jest zbyteczne, albowiem rozpoznanie ropnia podczas operacji opiera się poza punkcją na charakterystycznej konsystencji mózgu przy dotyku, która nie zawodzi. Autor przyznaje jednak, że może się zdarzyć, pomieszanie ropnia pod oponowego z ropniem mózgu. W razie „ropnia rozlanego" można rozszerzyć znacznie pole odsłoniętych opon i punktować jako też nacinać zdala od ogniska kostnego. W razie bardzo ciężkiego stanu pacjenta, nie pozwalającego chwilowo na „zabieg doszczętny" należy na razie ograniczyć się do opróżniania ropnia poza terenem ogniska pierwotnego kostnego (l'ouverture à distance). Dotyczy to również tych wypadków, gdzie rozpoznaje się a priori „absces rozlany", a mianowicie przy stwierdzonej etiologii paciorkowcowej i obiawach ogniskowych.

Sposób sączkowania jest dość obojętny, albowiem ropnie ograniczone liczą się dobrze przy każdej metodzie sączkowania. Gdy wytwarzają się ropnie wtórne, należy je wyszukać i otwierać systematycznie i poprzez tkankę mózgową (pozornie zdrową) pincetem Kochera lub sondą rowkowaną. Wyjątkowo tylko ropnie wtórne otwierają się same do jamy ropnia głównego.

Rozpoznajemy ropień wtórny, gdy pomimo otworzenia ropnia głównego wystąpią ponownie gorączka, obiawy oponowe, uciskowe itd. Uwagi te dotyczą niemal wszystkich ropni móżdżkowych, które w materiale autorów były bez wypadku ropniami rozlanymi. Wymagają one bardzo szerokiego odsłonięcia opon poza trójkąt Trentmanna w kierunku potylicy. Na 22 ropni autorzy operowali 18; z tych wyszło wyleczonych 10, t. j. 55%. Autorzy dochodzą do następujących wniosków: ognisko pierwotne kostne pozostaje bardzo często bezobjawowym. Ropnie streptokokowe są ciężkie. Obiawy ropnia mózgowego wyliczone powyżej są poza bólem głowy i zamroczeniem na ogół zmienne i niepewne. Ropnie mózgowe mogą prowadzić do najcięższych następstw, nawet po śmierci, nie dając innych obiawów poza bólem głowy. Inne wnioski zawarte już są w poprzednich uwagach. Autorzy przyta-

czają krótko historię chorób wszystkich przypadków.

Wpływ przecięcia nerwów na pojawiania się i przebieg zapalenia w obrębie górnych dróg oddechowych. (Influence de la section des nerfs sur l'apparition et l'évolution de l'inflammation des voiës respiratoires supérieures). E. Milstein i P. Pongatsch.

Les Annales d'otolaryngologie 1936. N 10.

Zagadnieniu związków zachodzących między układem nerwowym, a powstawaniem i przebiegiem zapalenia poświęcało uwagę wielu autorów. Kliniści znają korzystny wpływ neurotomii i znieczulenia. Ostatnio w ogóle zaczęto uwzględniać w procesach patologicznych poza 1) czynnikiem szkodliwym (noksą) i poza 2) samą tkanką dotkniętą tymi procesami czynnik trzeci: unerwienie troficzne i angiotroficzne, według Spiesa wpływy nerwowo - odruchowe są zasadniczo ważne dla rozwoju zmian zapalnych (zwłaszcza gruźliczych). Ricker stosuje teorię neurogenną do chorób takich jak półpasiec i liszaj rumieniowaty (lupus erythematodes). Według Speranskiego wszystkie fazy procesu zapalenia znajdują swe wytłumaczenie w podrażnieniu i zapaleniu zakończeń nerwowych i w zachorzeniu komórek nerwowych. Przebieg zapalenia tkanki pozostaje pod znakiem wykluczenia czynności schorzałego utkania nerwowego. Podobnie wypowiada się Breslauer. Jeśli chodzi o konkretną dziedzinę, którą zajęli się autorzy, to badali ją doświadczalnie Lake, Magnus Ponomareff, Amanekoff i dochodzili do wyników wprawdzie różnych, lecz w każdym razie potwierdzających wpływ nerwu błędnego, względnie krtaniowego górnego i dolnego na nasilenie i przebieg zapalenia w obrębie górnych dróg oddechowych.

Z drugiej strony istnieje grupa poważnych autorów, którzy przeczą istnieniu jakiegokolwiek związku układu nerwowego z przebiegiem zapalenia (Lubarsch, Chimoura, Gromm). Autorzy podjęli szereg doświadczeń na psach, u których stosowali wstrzykiwania 0,09 do 0,15 luizytu (luisite) jako bodźca zapalnego, wygodnego w dawkowaniu. Jedna grupa zwierząt (bez wstrzykiwań) służyła za kontrolną, u drugiej wykonywano zabiegi po stronie prawej. Składały się one z 4 serii: 1) przecięcie nerwu krtaniowego górnego, 2) przecięcie nerwu krtaniowego dolnego, 3) przecięcie obu nerwów 1) i 2), i 4) przecięcie pnia nerwu błędnego powyżej odejścia 1) i 2). Badania składały się z ogólnej obserwacji klinicznej, z laryngoskopii przyżyciowej i z badań histologicznych po zabiciu zwierząt. Autorzy doszli do następujących wniosków: 1) po zastrzyknięciu luizytu i uprzednim przecięciu nerwów krtaniowych rozwija się zapalenie dróg oddechowych, 2) u zwierząt z przeciętymi nerwami proces zapalny krtani, który występuje, jest bardziej nasilony niż u zwierząt kontrolnych. 3) Proces zapalny krtani ma przebieg łagodniejszy po stronie przecięcia nerwów niż po stronie przeciwnej. 4) Przecięcie nerwu krtaniowego czuciowego (górnego) ma wpływ niekorzystny na proces zapalenia i bliznowacenia. 5) Wpływu przecięcia nerwu krtaniowego dolnego (ruchowego) nie udało się wyjaśnić. 6) Przecięcie nerwu krtaniowego górnego i dolnego wpływa zaostrzająco na przebieg zapalenia. 7) Podobny wpływ wywiera przecięcie nerwu błędnego.

A. Schwarzbart (Kraków)

FYTOTERAPIA.

Fytoterapia na czasie. Obrona płucna. (La phytothérapie d'actualité. Defense pulmonaire). De Goldfiem Alice et Jean.
Paris Médical. Nr. 46, 1936.

Drowie Goldfiem podjęli próbę zestawienia w tej pracy wszystkich środków, którymi rozporządza ziołolecznictwo bądź celem wzmocnienia sił obronnych ustroju ludzkiego, bądź też celem osłabienia zjadliwości zarazków cierpień nieżytowych dróg oddechowych.

W dziedzinie pierwszej za najcenniejszy środek obronny uważają PP. Goldfiem wzbogacenie ustroju w życiany (witaminę) B. W tym celu, powołując się na swą uprzednią pracę („Banany w lecznictwie" — La Presse Médicale Nr. 69/1935), zalecają obfite podawanie odżywek, bogatych w życiany, jak kiełki zbóż, banany, sok cytryn, mleko, jaja i wątrobę cielęcą, ze specjalnym uwzględnieniem jednak bananów. Wszelkie środki lecznicze sensu stricto są — ich zdaniem — dopełnieniem jedynie leczniczo-odżywczej wartości bananów.

Jako dopełnienie lecznicze, stosują autorzy tylko zioła krajowe, działające rozmiękczająco, wykstuśnie i balsamicznie.

Rozmiękczająco działa np. kwiat dziewanny drobnokwiatowej: Verbascum thapsus, który — po zagotowaniu w mleku — daje lek pożyteczny w przebiegu gruźlicy płucnej; Leclerc gorąco zaleca wywar taki, przesączony przez płótno, w katarach oskrzelowych.

Przy anginach, wskazane jest posiłkowanie się odwarem korzeni prawoślazu lekarskiego: Althaea officinalis (3 : 100) do płukań, oraz wyciągiem z liści i kwiatów tej rośliny — do picia.

Środki wykstuśne ułatwiają usuwanie z krtani i oskrzeli wydzieliny, bogatej w drobnoustroje, a tym samym w równym stopniu podtrzymują odporność organizmu, jak i osłabiają zjadliwość zarazków. Z nich, na pierwszym miejscu, wymienić należy podbiał: Tussilago farfara L., który w 5% wodnym wyciągu kwiatów ułatwia wykstuszanie przy ostrych nieżytach dróg oddechowych; dobre rezultaty osiągano również z tą rośliną przy grypie.

Natomiast, często dawniej stosowany hyzop lekarski: Hyssopus officinalis winien być zarzucony, gdyż — dzięki zawartym w nim olejkom eterycznym — wywiera wpływ szkodliwy na stan nerwowy chorych.

Wyjątkowo zalecenia godna jest alkoholatura dwurzędu wąskolistnego: Diplotaxis tenuifolia, jako specyfik przy zapaleniach gruczołów wnękowych i bronchorrhei.

Leclerc chwali formułę następującą:

wyciągu alkoholowego ze świeżych roślin dwurzędu wąskolistnego	30 g
wyciągu akoholowego z wrotycza pospolitego: Tanacetum vulgare	10 g

S. Od XL do XC kropli 4 — 5 razy dziennie w jakimkolwiek wyciągu roślinnym przeciw schorzeniom płucnym [4]).

Balsamiczne leki zawdzięczają swe bakteriobójcze wartości zawartym w nich żywicom i kamforom.

Z nich — na pierwsze miejsce — wysunąć należy 5% wyciąg z korzeni omana wielkiego (Inula helenium): dobry środek przeciwgrypowy. Glukozyd tej rośliny, helenina, znalazł zastosowanie w dawce 0,06 g na dobę przy kaszlu gruźlików i jako lek wybitnie tonizujący podłoża gruźlicze.

Po za tymi roślinami znajdują jeszcze zastosowanie przy jesienno-zimowych pogodach: napar z maku polnego (Papaver rhoeas), jako środek lekko - narkotyczny, uspokajający napady kaszlu; 2% wyciąg alkoholowy ze świeżego bluszczyka-kurdybanka (Glechoma hederacea), który — dawany w ilości 2 łyżeczek od kawy dziennie — wywiera silne działanie wykstuśne i bakteriobójcze, oraz wyciąg z kwiatów podzwrotnikowej rośliny papayi: Carica Papaya L., który — według badań Dra De Goldfiema — wywiera świetne działanie przy cierpieniach oskrzeli i krtani.

Fytoterapia na czasie: leczenie grypy. (La phytothérapie d'actualité. Cure antigrippale). Alice et Jean de Goldfiem.
Paris Médical. Nr 4/1937.

Panująca w całej Europie epidemia, której leczenie drogą czysto - chemiczną często zawodzi, skłoniła autorów do zajęcia się sprawą ziołolecznictwa grypy.

Grypa atakuje różne części ustroju: trzeba równocześnie leczyć je i dbać nie tylko o zachowanie, lecz i wzmożenie sił ustrojowych. Musi więc lekarz stosować: leki symptomatyczne celem zmniejszenia bólów (bóle głowy, kończyn itd.); środki wyjaławiające drogi oddechowe i przewód pokarmowy; środki wzmacniające siły obronne ustroju.

Fytoterapeuci, jako środek przeciwbólowy chętnie stosują Papaver rhoeas L. = Mak polny, tym niesłuszniej zapomnianv przez lekospisy urzędowe, że jest to lek działający skutecznie, a bezwzględnie nie szkodliwy. Działanie jego zależne jest od zawartości: rhoeadyny $C_{21}H_{21}NO_6$ — nie trującego alkaloidu, oraz mikrocjaniny — mieszaniny barwików antocjanowych; dzięki nim mak polny ma wyraźne działanie farmakodynamiczne bez przeciwskazań; jest to środek nasenny i uspokajający nawet dla starców i dzieci; łącznie z figami wywiera on działanie lekko czyszczące.

W celach dezynfekcyjnych dla dróg oddechowych i przewodu pokarmowego autorowie najchętniej stosują: gemmol — emulsję ze stabilizowanych pączków sosnowych, nie zawierającą fenolu ani krezolu, a wywierającą silne działanie bakterio- i parazytobójcze (daje się preparat ten w ilości 8 g na 30 cm^3 wody do jednorazowego użycia naczczo), oraz napar liści rośliny Ilex paraguayensis (Herva maté), posiadającej duże walory przeciwzakaźne.

Przy zajęciu płuc do Herva maté dodają jeszcze kwiatów Carica papaya.

Specjalnie zalecenia godną jest zdaniem D-rów Goldfiem formuła następująca:

liści Herva maté (u nas zwanych często herbatą brazylijską)	15 g
kwiatu Carica papaya	4 g
miodu czystego	25 g
rumu białego	15 g
wody Q. S. na	150 cm^3

---

[4]) Na przykład: odwar z 20 g Verbascum thapsus, 50 g Inula helenium (oman wielki) i 20 g kwiatu papayi w 1 litrze wody.

Najpierw zrobić należy napar z ziół, zalewając je na 5 — 10 minut wodą gorącą (85° C), przefiltrować przez sitko, dodać miodu i rumu — pić na gorąco 3 razy na dzień po jedzeniu.

Przy wysokiej gorączce również dobre jest podawanie wina chinowego.

Wzmocnienie sił obronnych ustroju osiąga się przez stosowanie naparu Herva maté, który dzięki swym glukozydom wywiera na ustrój silne działanie tonizujące. Nie zapominać też należy przy grypie i o bananach, jako owocu leczniczym i nader odżywczym.

Farmakologia arcydzięgla lekarskiego. (La pharmacologie de l'angélique: Angelica archangelica L.). H. L e c l e r c.

La Presse médicale Nr 11/1937.

Litwor arcydzięgiel (Angelica archangelica L., obecnie częściej zwany Archangelica officinalis Hoffm.) należy do rodziny Baldaszkowatych i jest rośliną nader dekoracyjną o wysokich na 1 — 1,5 m pięknie sino-zielonych łodygach grubych i dętych; liściach olbrzymich jedno lub dwu-krotnie pierzastych o listkach jajowatych, nieregularnie zębatych. Kwiaty i owoce (silnie aromatyczne, 6 — 8 mm długości) w olbrzymich baldachach.

W Polsce spotyka się dziko na skałach i wśród kosówki w Tatrach, tu i ówdzie na niżu (Wileńszczyzna); nie rzadko hodowany i u nas, gdyż łodygi są poszukiwane przez cukierników (smażone w cukrze służą do ubierania tortów), korzenie i nasiona — niezmiernie, aromatyczne — przez destylarnie wódek i likierów. Za granicą: we Francji, Holandii, Danii i Niemczech uprawiany na dużą skalę dla potrzeb cukierniczych i na sałatę.

Kiedyś, zwany zielem Ducha Świętego, litwor był ceniony jako środek wzmacniający działalność serca; wcześniej jeszcze jako lek, skutecznie zapobiegający — dżumie. Wartości jego, jako leku żołądkowego i przeciwskurczowego, są oceniane i obecnie. Przypisują je zawartości w nim aromatycznego olejku, o ostrym, korzennym smaku i zapachu, bez barwy — u świeżo wydestylowanego i barwie jasno - bronzowej — po dłuższym przechowywaniu.

W wyciągu alkoholowym arcydzięgiel zwiększa wydzielanie soku żołądkowego, podawany więc bywa często po 40 — 50 kropli przed każdym posiłkiem, niekiedy łącznie z wyciągiem piołunu i kardybenedykty:

wyciągu akohol. arcydzięgla	20,0
wyciągu piołunu	
wyciągu kardybenedykty	aa. 5,0;

dodatek ten podnosi synergietycznie walory arcydzięgla, a maskuje jego cierpkość.

Chorym, którym dają się we znaki wzdęcia żołądka, zalecać należy — po posiłkach — bądź filiżankę naparu z nasion arcydzięgla, bądź kieliszek ocukrzonej wody z dodatkiem 40 — 50 kropli:

wyciągu alkohol. ze świeżego anyżu	10,0
wyciągu alkohol. z arcydzięgla	30,0

Doskonałe działanie uspakające ma podawanie 4 — 5 razy dziennie 40 kropli mikstury alkoholowej:

wyciągu z arcydzięgla	30,0
wyciągu z głogu (Crataegus oxyacentha)	10,0

w ¼ szklance ocukrzonej wody.

Warto jeszcze przypomnieć, że wyciąg alkoholowy z arcydzięgla (1 łyżeczka na szklankę wody) bywa stosowany przy grypie do płukania gardła [1]).

Farmakologia psianki słodkogorzkiej. (Pharmacologie de la douce - amère: Solanum dulcamara L.). H e n r i L e c l e r c.

La Presse Médicale, 1936, Nr. 102.

Psianka słodkogorzka cieszyła się sławą skutecznego środka czyszczącego krew od niepamiętnych czasów; D i o s c o r i d e s zalecał ją gorąco przeciw plamom wątrobianym, P l i n i u s z S t a r s z y — przy schorzeniach żółciowych i świerzbiączce, B o e r h a v e — przy zapaleniach opłucnej, a w czasach bardziej nowoczesnych chwalono sobie jej użycie przy reumatyzmie i dnie.

Dziś ziołolecznictwo francuskie powraca znów do tego środka, stosując napary i wyciągi z łodyg psianki, przynajmniej rocznych, zebranych jesienią po opadnięciu liści. W łodygach tych wykryto: kwas glukozydowy Acidum dulcamaricum i związek saponinowy — Acidum dulcamareticum, oraz glukozyd — solaceinę. Związkom tym chemicznym przypisują własności psianki: żółcio- i moczo - pędne, oraz wzmagające wydzielanie się potu.

Ostatnio, L e c l e r c stwierdza, że zaobserwował wyraźne działanie psianki na krew (podobne do działania innych roślin, bogatych w saponiny): obniża ona nadmierną lepkość krwi, osłabia szybkość jej ścinania się i sprowadza do normy ilość krwinek, a tym samym pośrednio usuwa przyczyny dermatoz zawałowych.

Najczynniejszymi preparatami psianki są odwary wodne z 30 gramów suchych łodyg na 1 litr wody, podawane w ilościach 200 do 300 cm³ na dobę, i wyciągi wodno - alkoholowe, które przepisywać należy w syropie (w ilościach 1 — 3 g na dobę), sporządzane w sposób następujący:

wyciągu miękkiego z psianki słodkogorzkiej	10 cm³
syropu zwykłego	400 cm³

S. od 1 do 3 łyżek stołowych na dobę.

Można również zestawić lek synergetyczny z psianki i paru innych roślin o uznanym działaniu czyszczącym, np.:

wyciągu miękiego z Solanum dulcamara	5 cm³
wyciągu miękiego z Mydlnicy lekarskiej (Saponaria officinalis)	3 cm³
wyciągu miękiego z Fiołka trójbarwnego (Viola tricolor)	4 cm³
wyciągu płynnego z Arundo phragmites	10 cm³
gliceryny	40 cm³
wody	300 cm³

S. 3 do 6 łyżek stołowych na dobę przed jedzeniem.

Recepta ta jest godna zalecenia u kobiet w okresie klimakterycznym, cierpiących na uderzenia krwi do głowy, które skutecznie usuwa.

Władysław Biernacki.

[1]) Wzmaga on jeszcze działanie — tak zalecanej ostatnio — Chloraktiny: na 1 szklankę wody ciepłej brać należy 0,25 g Chloraktiny i 30 kropli wyciągu z arcydzięgla. (Przypisek referenta).

KRONIKA

POSIEDZENIE RADY ZARZĄDZAJĄCEJ INSTYTUTU SPRAW SPOŁECZNYCH.

W końcu roku ubiegłego odbyło się doroczne posiedzenie Rady Zarządzającej Instytutu Spraw Społecznych, poświęcone programowi działalności oraz budżetowi Instytutu na rok następny. Na posiedzeniu, które zaszczycił swą obecnością Minister Opieki Społecznej p. M. Zyndram - Kościałkowski, przewodniczył nowo obrany prezes I. S. S., b. minister pracy i opiek i społ., dr St. Jurkiewicz.

Przemówienie programowe wygłosił dyrektor Instytutu Kazimierz Korniłowicz, przedstawiając plan działalności nIstytutu na r. 1937 na tle dotychczasowych założeń i dokonanych prac. Działalność Instytutu Spraw Społecznych, jako placówki naukowej, obejmuje: 1) dziedzinę bezpieczeństwa i higieny pracy; 2) zagadnienia ubezpieczeń społecznych i 3) problemy rynku pracy i bezrobocia. Ponad to Instytut zajmuje się również sprawami zdrowia publicznego oraz problemami organizacji ustroju pracy.

W dyskusji nad programem Instytutu pierwszy zabrał głos minister Zyndram - Kościałkowski, który w obszernym przemówieniu uzasadnił z punktu widzenia zarówno państwowego jak i socjalnego, konieczność uaktywnienia polskiej polityki społecznej i stworzenia programu w zakresie tej polityki ściśle związanego z programem polityki gospodarczej. Program ten winien obejmować całokształt zagadnień polityki socjalnej. W działalności swej Instytut musi mieć nastawienie na długą falę, prowadząc badania naukowe w zakresie podstawowych zagadnień polityki socjalnej. Ponad to zadaniem Instytutu jest oświetlanie skuteczności akcji społecznej, prowadzonej przez organa państwowe, instytucje ubezpieczeniowe, Fundusz Pracy i inne instytucje do prowadzenia tej akcji powołane.

Ze szczególnym naciskiem podkreślił min. Zyndram - Kościałkowski potrzebę podjęcia na szeroką skalę akcji propagandowej, zmierzającej do uświadomienia wszystkich warstw i odłamów naszej ludności w dziedzinie podstawowych problemów społecznych i ich ścisłego związku z zagadnieniami natury gospodarczej ogólno - państwowej. W akcji tej Instytut powinien również odegrać czynną rolę.

W zakończeniu swego przemówienia min. Zyndram - Kościałkowski oświadczył, że całkowicie docenia wagę współpracy Instytutu z Min. Opieki Społecznej i że będzie starał się zapewnić Instytutowi jak najlepsze warunki rozwoju.

Po dyskusji, w której poruszono wiele aktualnych problemów polityki społecznej państwa, uchwalono preliminarz budżetowy i program działalności Instytutu Spraw Społecznych na r. 1937.

RECENZJA

Jean Berger. Gestes et procédés techniques de chirurgie générale.
Masson et Cie. Paris 1936. 138 str., 124 rysunków Cena 32 fr. fr.

Nieduża, lecz nadzwyczaj cenna i pożyteczna książka. W postaci nieomal łatwej gawędy daje Berger moc wskazówek ulepszenia techniki operacyjnej, wzorując się na najlepszych zasadach szkoły francuskiej. Napróżno szukalibyśmy podobnych wskazówek w dużych dziełach chirurgii operacyjnej, nie chodzi bowiem Autorowi o przedstawienie całokształtu techniki operacyjnej, lecz o podkreślenie głównych, jego zdaniem, rękoczynów i sposobów ich wykonania, prowadzących do większej przejrzystości, elegancji i estetyki postępowania operacyjnego.

Nie siląc się, jak już wspomnieliśmy, na przedstawienie całkowite techniki operacyjnej, ogranicza Autor swe rady do zabiegów brzusznych w tym rzędzie i ginekologicznych, omawiając kolejno ułożenie chorego, narzędzia, rolę asysty, podkreślając wielokrotnie konieczność łagodnego i ostrożnego postępowania z tkankami oraz ilustrując słowami i dobremi rysunkami główne zasady, wiodące do zręczności chirurgicznej. W dalszych rozdziałach omawia Autor sposoby prowadzenia cięć i uzyskiwania dostępu, wyłanianie narządów, główne zabiegi na nich, szwy i wreszcie zamknięcie rany. Kilka słów poświęca również drenażowi i tamponadzie oraz najczęstszym błędom aseptyki.

W sumie są to głęboko przemyślane luźne rady i uwagi dobrego operatora, hołdującego prawidłom szkoły francuskiej i starającego się te prawidła uwydatnić i uprzystępnić. Książka ta przynieść może wiele pożytku każdemu początkującemu chirurgowi, a i więcej doświadczony operator przeczyta ją z dużą korzyścią.

Redaktor odpowiedzialny: *Doc. Dr. E. Reicher, Polna 40, Tel. 9.54-54.*
Wydawca: Spółka Wydawnicza „Wiedza Lekarska".
Adres redakcji i administracji, Warszawa, Kaliska 9. Tel. 924-39.
Prenumerata z przesyłką rocznie zł. 8, kwartalnie zł. 2. Konto P. K. O. 15.785.

Zakł. Graf. „DRUKPRASA". Sp. z ogr. odp. Nowy-Świat 54. Tel.: 615-56 i 242-40.